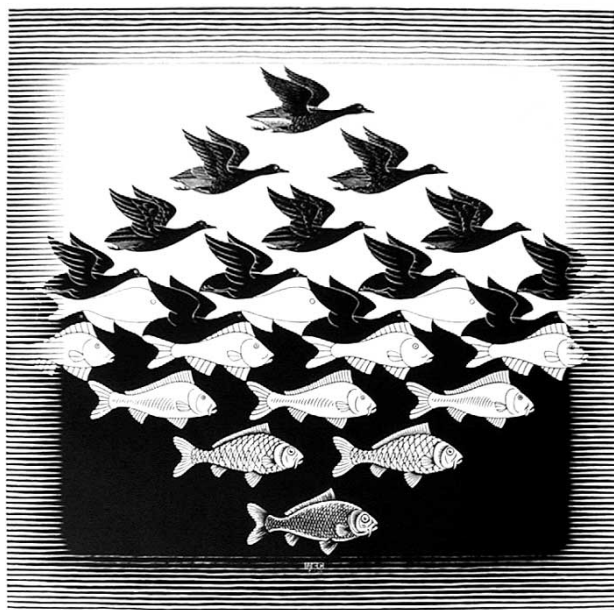


# Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stresse na Adultez



Rute Carreira Ramos

BRAGA  
2004

# Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stresse na Adultez

## **Orientadores**

Professor Doutor Albertino Gonçalves

Professor Doutor Rui Mota Cardoso

Rute Carreira Ramos

BRAGA  
2004

Desenho da capa: *Ar e Água I*, de M.C. Escher (1938)

Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde  
apresentada à Universidade do Minho.



Ao Marco e à Mafalda,  
doçuras absolutas



Ao Professor Rui Mota-Cardoso,  
exemplo





*Será que irá atingir a superfície da minha clara  
consciência essa recordação, o instante antigo que a  
atração de um instante idêntico veio de tão longe  
solicitar, comover, erguer no mais fundo de mim?*

Marcel Proust



## ÍNDICE

I INTRODUÇÃO.....	18
II ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	26
1 O Stresse enquanto campo de estudo da Sociologia da Saúde .....	26
1.1 Causalidade social <i>versus</i> selecção social .....	27
1.2 O stresse como instrumento da investigação sociológica .....	30
2 Perspectivas Teóricas do Stresse.....	33
2.1 Perspectiva biológica do stresse.....	33
2.2 Perspectiva ambiental ou social do stresse.....	38
2.3 Perspectiva psicológica do stresse .....	53
2.4 Modelo integrador do stresse .....	59
3 Considerações Teórico-Metodológicas no Estudo dos Acontecimentos de Vida .....	68
3.1 Conceito de acontecimento de vida .....	68
3.2 Natureza dos acontecimentos de vida .....	69
3.3 Dimensões dos acontecimentos de vida .....	72
3.3.1 Mudança <i>versus</i> Indesejabilidade .....	72
3.3.2 Acontecimentos Controláveis <i>versus</i> Acontecimentos Incontroláveis .....	73
3.3.3 Acontecimentos Esperados <i>versus</i> Acontecimentos Não Esperados.....	73
3.3.4 Acontecimentos Major <i>versus</i> Minor.....	73
3.4 Métodos usados no estudo dos acontecimentos de vida .....	74
3.5 Mensuração dos acontecimentos de vida .....	74
4 Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stresse na Aduldez...	77
4.1 Estudos laboratoriais de psicobiologia .....	78
4.1.1 Estudos de <i>handling</i> ou manipulação experimental com animais .	78

4.1.2 Estudos de psicobiologia com humanos .....	85
4.2 Investigação social e epidemiológica .....	89
<b>III METODOLOGIA .....</b>	<b>104</b>
1 Objecto de Estudo e Hipóteses de Trabalho .....	104
1.1 O quê? .....	104
2 População e Instrumentos .....	106
2.1 Quem? .....	106
2.2 Como? .....	108
2.2.1 PSS – <i>Perceived Stress Scale</i> .....	108
2.2.2 Lista de Acontecimentos de Vidas .....	109
2.2.3 Ficha de Caracterização Sociodemográfica .....	111
2.3 Pré-teste .....	111
3 Administração do inquérito .....	113
3.1 Procedimentos prévios .....	113
3.2 Trabalho de Campo .....	114
4 Amostra .....	115
<b>IV ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>118</b>
1 Contextualização Sociodemográfica .....	118
2 Percepção de Stresse .....	133
3 Acontecimentos de Vida .....	135
4 Relação entre Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse .....	144
5 Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e a Percepção de Stresse .....	147
6 Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e os Acontecimentos de Vida .....	151
<b>V DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>156</b>
1 Considerações metodológicas e limitações do estudo .....	156
1.1 Desenho da investigação .....	156
1.2 Amostra .....	157

1.3 Inquérito .....	157
2 Resultados .....	159
2.1 Relação entre Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse .....	159
2.2 Percepção de Stresse .....	162
2.3 Acontecimentos de Vida.....	163
2.4 Variáveis Sociodemográficas, Percepção de Stresse e Acontecimentos de Vida.....	165
3 Propostas.....	167
<b>VI BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>172</b>
<b>VII ANEXOS .....</b>	<b>200</b>



## INTRODUÇÃO

---





## I INTRODUÇÃO

O objectivo deste estudo é saber se o número de acontecimentos de vida ocorridos na infância, até aos cinco anos, influencia a percepção de stresse na adultez, independentemente dos processos mediadores que possam operar quer naquele período, quer entre ele e a adultez, quer ainda na adultez, no confronto com “stressores”.

O pensamento sociológico não ponderaria nunca uma tal hipótese de trabalho, enunciada como acima, tão descontextualizada da envolvente social, cultural, ambiental, individual tanto dos acontecimentos perturbadores como do seu impacto futuro e (tão) longínquo. Estamos cientes deste aparente paradoxo. Contudo, o que nos move parece-nos coerente e o modelo teórico em que nos baseamos parece-nos seguro.

A ideia de realizar este estudo partiu das investigações da psicobiologia, nomeadamente daqueles realizados por Levine e colaboradores, de “manipulação” de animais recém-nascidos, em especial da separação entre as

crias e as mães. As investigações destes autores demonstraram, em traços gerais, que quanto maior for a exposição a “stressores” (por exemplo, separação materna) naquele período de vida, maior a reactividade fisiológica ao stresse na idade adulta. Por outro lado, se o stresse a que estavam sujeitos em bebés fosse apenas moderado, os animais, em adultos, apresentariam menor reactividade ao stresse. Estes dados pareciam apontar para um efeito benéfico do stresse na infância, quando ele se apresenta em “doses óptimas”.

A questão que se colocou foi: será que fora do laboratório, na vida real, e com pessoas, os resultados são os mesmos? Daqui a decisão de realizar o presente estudo.

Estabelecemos um paralelo, por um lado, entre acontecimentos de vida e os “stressores” utilizados por Levine – caracterizam-se ambos enquanto condições geradoras de stresse que perturbam o normal funcionamento do indivíduo e, por outro lado, o outro termo da equação, no lugar da reactividade fisiológica de Levine atendemos antes à percepção de stresse. A ideia pareceu-nos coerente e desejável. Desejável numa óptica de aproximar as duas correntes de estudo do stresse que hoje existem, se assim se pode dizer: a psicobiológica e a psicossocial. Sabemos, por um lado, a importância que detém a adversidade ambiental na etiologia da doença e, por outro, conhecemos igualmente o poder que os factores biológicos possuem no emergir da perturbação. Daí reconhecermos a necessidade de integrar as duas correntes, de construir um corpo de conhecimentos comum a ambas. Tendo este fim em vista, Gunnar (2003) e Dohrenwend (2000) propõem que se desenvolvam – “aproximando-se” mutuamente, congregando-se – os processos e mecanismos da pesquisa adentro de cada uma das tradições.

Por outro lado, o modelo teórico em que nos fundeamos oferece – para o nosso propósito – confortável segurança. Com efeito, baseamo-nos na tradição

sociológica clássica de estudo do stresse, que “isola” os acontecimentos de vida que o originam e lhes atribui um determinado peso. De acordo com esta tradição, a doença está na dependência directa da “quantidade” de *life events*. Uma abordagem desta natureza pareceu-nos a ideal para tentar “replicar” os estudos psicobiológicos de acordo com os instrumentos e regras da investigação sociológica.

Por outro lado, à Sociologia da Saúde interessa conhecer os efeitos da adversidade, nomeadamente da infância – não só traumática mas também moderada – sobre o desenvolvimento patogénico ou salutogénico dos indivíduos. Como refere Sapolsky, os estudos de *handling* devem fazer-nos pensar em como as experiências precoces alteram a trajectória do nosso próprio desenvolvimento, sobretudo numa época cheia de “perplexidades parentais tais como o tipo de cuidados diários prestados, o espectro da dissolução familiar dentro das cidades, a gravidez na adolescência, e o baixo investimento estatal em serviços sociais relacionados com as crianças em períodos críticos do desenvolvimento cerebral” (1997, p. 1621). Com efeito, alguns acontecimentos de vida que afectam as crianças são, na sociedade actual, mais frequentes, como o divórcio ou a mudança de trabalho. Interessa começar a saber quais os efeitos desta maior frequência de adversidades moderadas nos indivíduos das futuras gerações. A presente investigação pode ser um contributo modesto para esse imperativo.

O meu percurso académico e profissional foi o que determinou a escolha desta temática. Tenho como formação de base a Sociologia e a minha primeira experiência profissional foi como investigadora no Instituto de Prevenção de *Stress* e Saúde Ocupacional. Aí fiz parte de uma equipa que desenvolveu um estudo nacional sobre o stresse da profissão docente, que indubitavelmente me motivou para novas investigações. Por outro lado, considero o estudo do stresse

aliciante e desafiador, por se tratar de uma temática complexa e controversa. Com efeito, o fenómeno do stresse é abrangente e não tem ainda uma “resposta acabada”, ou melhor, uma resposta unificada. Daí que enquanto socióloga fosse também meu desejo trazer “mais stresse” à Sociologia... Para mais, situando-me na Sociologia da Saúde, esta é uma questão central e pertinente.

O trabalho inicia com a apresentação da base teórica que o sustenta, percorrendo: a pertinência da temática para a sociologia da saúde; o conceito e as perspectivas teóricas sobre o stresse; as questões teóricas e metodológicas no estudo dos acontecimentos de vida e a revisão dos estudos conceptualmente próximos do nosso. Expõe-se, de seguida, as questões metodológicas relativas ao estudo empírico. Posteriormente apresentam-se e analisam-se os resultados da pesquisa empírica. Por último, discutem-se algumas questões suscitadas quer pelo método quer pelos resultados e apontam-se propostas para futuras investigações.

A todos os que possibilitaram a realização deste trabalho gostava de agradecer:

Ao Professor Albertino Gonçalves, a oportunidade de poder ter trabalhado com ele, que é para mim um modelo em termos de olhar sociológico; admiro a sua competência científica, que o vi corporalizar de modo tão leve e natural. Agradeço ainda o “peito aberto” com que aceitou o desafio de orientar esta investigação, bem como a disponibilidade com que sempre me atendeu, o humor e o optimismo que incansavelmente transmitia. Considero que um dos ganhos deste trabalho foi ter tido a possibilidade de aprender com o Professor. Um outro, foi ter feito um amigo.

Ao Professor Rui Mota-Cardoso, por tudo aquilo que sabemos; pela graça que é tê-lo como amigo.

À Escola Superior de Enfermagem de Viseu, nomeadamente aos seus alunos (8ºCL), que permitiram melhorar o inquérito.

À Universidade do Minho pelo que me proporcionou, concretamente a realização do trabalho de campo; aos Professores que me possibilitaram o acesso às suas aulas; e aos alunos que constituíram a amostra deste estudo quero cumprimentar de forma especial – eles foram a matéria-prima que me possibilitou trabalhar.

À Sr.<sup>a</sup> D. Alexandra, pelo profissionalismo e trato gentil; ao Dr. Eduardo Cardoso pela prontidão com que me assistiu na recolha bibliográfica; ao Pedro Fonseca e ao Paulo Breda pela ajuda a desbloquear “barreiras” informáticas e electrónicas.

Ao Professor António Barbosa e Professora Ana Paula Soares agradeço as ideias e o encorajamento que me transmitiram.

Aos meus Pais pelo amor com que receberam a Mafalda nas horas em que este trabalho me absorveu. Também pelo constante sorriso de encorajamento e confiança.

À Mafalda, meu enlevo, porque também este estudo fez querer cuidá-la cada dia melhor.

Ao Marco pela entrega com que viveu este trabalho. Por tudo. Só contigo ele foi possível. Só contigo eu sou possível.



## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---





## II ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1 O Stresse enquanto campo de estudo da Sociologia da Saúde

Um dos interesses que anima a Sociologia é o estudo da influência das estruturas e instituições sociais no funcionamento dos indivíduos. Em concreto, à Sociologia da Saúde interessa saber quais, e de que forma, as condições sociais influenciam os estados de saúde ou doença das pessoas.

As pesquisas no âmbito da Sociologia da Saúde fizeram emergir algumas evidências que hoje são largamente conhecidas e aceites pelo público em geral, como a associação entre baixo estatuto socioeconómico e menor esperança de vida e índices de mortalidade mais elevados, incluindo mortalidade infantil e perinatal (Link e Phelan, 1995). É igualmente conhecida a associação entre sexo e doenças, como é o caso da maior incidência da depressão em mulheres (Brown e Harris, 1989) e do enfarte de miocárdio em homens (Fontaine e col., 1998). A

investigação da Sociologia da Saúde tem também evidenciado a relação inversa entre classe social e doenças mentais (Aneshensel, 1992).

Ao longo de todo o século XX, os estudos epidemiológicos têm revelado existir uma relação inversa entre estatuto socioeconómico e uma variedade de problemas e perturbações psiquiátricas, tais como esquizofrenia, distúrbio de pânico, fobias, distúrbio de personalidade anti-social, alcoolismo e índices gerais de psicopatologia (Khon e col., 1998; Aneshensel, 1992; Dohrenwend e col., 1992). Já no século XIX, contudo, esta relação inversa era observada, ainda que sem fundamento científico: dados de 1855 da região de Massachussets revelavam que a “insanidade” era 64 vezes maior na “classe pobre” do que na “classe independente” (Dohrenwend, 1998; Khon e col, 1998). Grzywacz e colaboradores (2004) concluem que os indivíduos com nível educacional mais elevado apresentam melhor saúde física e mental que aqueles com estatuto educacional mais baixo.

Para explicar esta relação inversa, dois modelos têm sido avançados: o modelo de causalidade social (*social causation*) e o modelo de selecção social (*social selection*).

### 1.1 Causalidade social versus selecção social

A perspectiva de causalidade social defende que os grupos de baixo estatuto social manifestam índices mais elevados de perturbação porque, por um lado, enfrentam condições de vida mais difíceis e, por outro, têm menos acesso a recursos sociais, económicos e pessoais (Aneshensel, 1992). As dificuldades associadas ao seu estatuto social limitam a sua mobilidade social fazendo-os experimentar maior adversidade na prossecução dos seus objectivos, donde é de

esperar apresentarem índices de psicopatologia mais elevados (Dohrenwend e col., 1992). Esta é uma perspectiva que fundamentalmente destaca as condições ambientais (Dohrenwend e col., 1998) e aquela onde podemos situar os estudos pioneiros de Brown e Harris sobre a origem social da depressão em mulheres (Brown e Harris, 1989).

A abordagem da selecção social postula que as pessoas com problemas psicológicos estão mais sujeitas à mobilidade descendente, ou seja, tendem a descer de estatuto socioeconómico ou a não conseguir ascender a estatutos socioeconómicos mais altos (Dohrenwend e col., 1992). Giddens (2000, p. 325), ao referir-se à mobilidade descendente, afirma que “este tipo de mobilidade está muitas vezes associado a problemas psicológicos e a ansiedades, dado os indivíduos deixarem de ser capazes de manter o estilo de vida a que estavam habituados”. Esta abordagem é defendida por teóricos que valorizam mais as predisposições genéticas (Dohrenwend e col., 1998).

O confronto entre as hipóteses da causalidade social e da selecção social equivale, num discurso mais coloquial, a questionar o que vem primeiro: as circunstâncias sociais ou os condicionalismos da saúde? Procurar a resposta a esta questão pode implicar uma opção doutrinal entre, respectivamente, uma abordagem sociológica e uma outra de tradição biológica. A primeira advogará que a doença é causada por condições ambientais, enquanto que a segunda defenderá que é a doença que determina o posicionamento no sistema de estratificação social.

Do ponto de vista da investigação, a questão parece estar ainda em aberto, existindo suporte empírico não só para as duas hipóteses, ainda que mais forte para a causalidade social (Aneshensel, 1992; Turner, Wheaton, Lloyd, 1995), como inclusivamente para a integração de ambas (Dohrenwend e col., 1998; Dohrenwend, 2000).

Estudos longitudinais com grupos de crianças, bem como estudos em contextos de desemprego, de diferenças populacionais e de diferenças geográficas, fazem supor que a direcção causal se situa do ambiente social para a doença (Marmot, 1999). Em termos de saúde mental, a evidência empírica tem sugerido fortemente que as condições ambientais podem, de facto, causar problemas psicológicos, como por exemplo: distúrbio de stress pós-traumático, depressão maior, alcoolismo, abuso de substâncias, distúrbio de personalidade anti-social e sintomatologia não específica (Dohrenwend e col., 1992; Dohrenwend e col., 1998; Dohrenwend, 2000).

Apesar de um suporte empírico mais robusto, e de uma maior proximidade conceptual com a teoria da Sociologia da Saúde, a hipótese da causalidade social não pode ser considerada unicamente. Com efeito, a hipótese da selecção social tem também sido suportada pela investigação, ainda que circunscrita a determinadas doenças, como no caso da esquizofrenia, que se julga ter uma base biológica (Dohrenwend, 2000; Dohrenwend e col., 1998; Dohrenwend e col., 1992). As investigações de Dohrenwend e colaboradores demonstraram que a prevalência de cada uma das duas hipóteses depende do tipo de diagnóstico considerado. Assim, não é correcto escolher em definitivo uma em detrimento da outra; é mais acertado relacionar cada uma com o tipo de perturbação psiquiátrica a estudar.

O debate acerca da causalidade/selecção faz lembrar aqueloutro mais antigo relativo ao inato/adquirido ou natural/aprendido. A argumentação assemelha-se com aquela que expusemos acerca da causalidade/selecção: o crivo da ciência nunca conseguiu fazer eleger a explicação mais adequada, ficando esta defesa entregue aos dogmas doutrinários que sustentavam cada um dos termos. Porém, ao não conseguir destacar nenhuma hipótese, a ciência acabou por fazer aceitar as duas como inseparáveis, porque complementares:

não interessa testar o natural/aprendido, interessará mais estudar a recíproca influência entre ambos os termos na explicação do humano.

Curiosamente, Dohrenwend e colaboradores (1998; 1992), no que ao debate causalidade/selecção diz respeito, conseguiram testar cientificamente as duas hipóteses, e em rigor concluíram pela impossibilidade da eliminação de uma delas. Assim, conveniente seria atender a ambas as perspectivas – “poucos argumentarão contra a necessidade de integração das abordagens psicossocial e geneticista comportamental.” (Dohrenwend, 2000, p. 13). De facto, e segundo o mesmo autor, as duas têm desenvolvido os seus trabalhos e conclusões em paralelo, as primeiras estudando o papel dos factores ambientais, as segundas o papel da hereditariedade.

Concluindo, parece existir uma relação bidireccional, recíproca e interdependente, entre condições sociais e doença, ainda que a relação causal entre as primeiras e a segunda seja mais forte e mais generalizada. No entanto, a influência recíproca entre ambas aconselha a que investigadores de tradições diferentes não menosprezem as contribuições uns dos outros. Naturalmente, a investigação de tradição social interessa-se pela influência das condições sociais na doença individual.

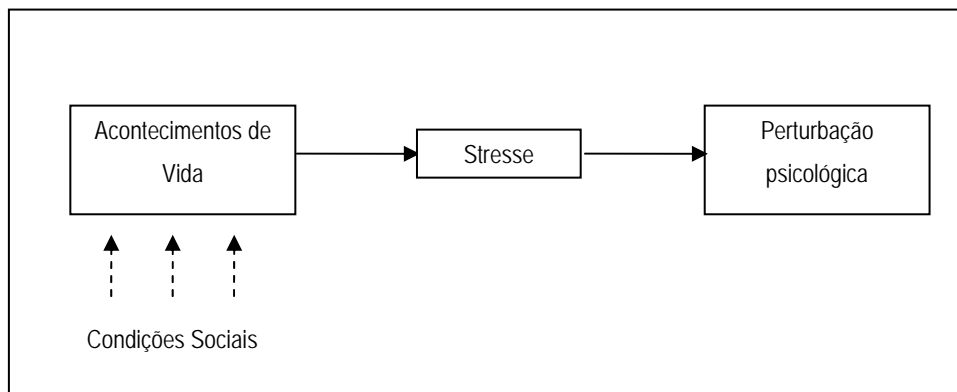
## 1.2 O stresse como instrumento da investigação sociológica

A aceitação da hipótese da causalidade social enquanto matriz referencial, conduz-nos a uma das principais demandas investigacionais dos sociólogos da saúde (em particular, da saúde mental) nas últimas três décadas: *como* é que as circunstâncias sociais influenciam a saúde individual? Com efeito, a investigação nesta área tem procurado esclarecer os mecanismos que ligam as

primeiras à segunda, nomeadamente quais são eles, como funcionam e se são universais ou se só se aplicam a determinados grupos ou populações (Aneshensel, 1992).

A investigação sobre o stresse – abordada no capítulo seguinte – tem-se revelado como uma das mais frutíferas oportunidades para esclarecer aquela questão. O stresse é definido como resposta do organismo a estímulos adversos (Selye, 1978), sejam eles biológicos e químicos ou ambientais e sociais. Amiúde, tais estímulos perturbadores encontram-se associados ao curso da própria vida do indivíduo (Holmes e Masuda, 1974; Rahe, 1974; Dohrenwend e col., 1978); ora, esses acontecimentos de vida são indissociáveis dos contextos sociais do indivíduo (Brown, 1974; Brown e Harris, 1989). Assim, estudar o stresse – em concreto, os acontecimentos de vida geradores de stresse – representa uma oportunidade para perceber melhor a possível causa social do sofrimento e doença individual.

Figura 1. Perspectiva estruturalista do modelo de causalidade social (Aneshensel, 1992)



A Figura 1 pretende representar graficamente o movimento conceptual acima descrito, partindo de uma abordagem estruturalista do modelo de

causalidade social, que vê o stresse a um tempo como consequência de condicionalismos sociais (enquanto variável dependente) e a outro como determinante de perturbações psicológicas (enquanto variável independente). Aneshensel (1992) vê no estudo dos acontecimentos de vida um dos caminhos que permite aclarar a relação entre a posição no sistema social e o bem-estar psicológico.

É neste sentido que o estudo do stresse tanto interessa à Sociologia da Saúde: com efeito, estudar causas sociais de stresse permite aprender mais sobre a vida social e como ela influencia o funcionamento individual (Pearlin, 1989), nomeadamente ao que ao estatuto de saúde/doença diz respeito.



## 2 Perspectivas Teóricas do Stresse

### 2.1 Perspectiva biológica do stresse

É comum considerar-se os trabalhos do fisiologista Walter Cannon como precursores do estudo do stresse. As suas pesquisas em laboratório sobre a *reacção de luta e fuga* (resposta do organismo a situações de emergência e perigo) e a *homeostase* (tendência do organismo a procurar um equilíbrio estável nas suas funções vitais) mostraram que determinados estímulos provocam certas emoções (por exemplo, medo e raiva [Lazarus, 1993]), as quais por sua vez originam alterações fisiológicas (tais como, subida do açúcar e da adrenalina no sangue e alterações circulatórias). A originalidade avançada por Cannon consistia no facto da doença física poder resultar da perturbação de funções corporais, quando na presença constante dos estímulos ameaçadores (Brown, 1989). Estes dados laboratoriais eram corroborados por relatos de casos clínicos cuja sintomatologia surgia depois de um trauma emocional grave. O que o investigador traz de novo é a sugestão de que os acontecimentos traumáticos podem produzir reacções fisiológicas que, a manter-se, poderão degenerar em doença (Thoits, 1983). Cannon terá sido um pioneiro na argumentação com credibilidade científica a considerar que as alterações fisiológicas podiam ser causadas pelo stresse; o stresse entendido enquanto estado emocional, resultante de estímulos ameaçadores, com possíveis efeitos prejudiciais para o organismo (Hinkle, 1977; Ramos, 2001).

Os trabalhos de Cannon, em particular sobre a reacção de luta e fuga, constituíram a primeira elucidação de um dos dois sistemas biológicos de

resposta de stresse. Este sistema envolve o Sistema Nervoso Simpático (SNS) e a parte interna das glândulas supra-renais, a medula supra-renal, e é por isso denominado de *sistema ou eixo simpático-supra-renal* (SAM, do inglês *sympathetic-adrenal medullary*). O sistema SAM desempenha um papel fundamental na resposta de stresse, uma vez que a sua acção principal consiste na activação metabólica do organismo perante situações ameaçadoras, tal como Cannon havia postulado (Cohen e col., 1995; Schneiderman e McCabe, 1985). Ou seja, o eixo SAM estimula o organismo para a acção quando é necessário dar resposta a ameaças ambientais.

Na presença de uma situação ameaçadora, o SNS “ordena” a libertação das hormonas adrenalina e noradrenalina da medula supra-renal e das terminações nervosas simpáticas (apenas noradrenalina). Os órgãos – em particular, o coração – são activados directamente pelas terminações nervosas e indirectamente pela circulação sanguínea. Os efeitos da activação do eixo SAM são, por um lado, a mobilização energética e psicológica para a acção e, por outro, a inibição de funções irrelevantes no momento de adaptação, como a digestão e o crescimento (Brunner e Marmot, 1999). Em concreto, o eixo SAM faz aumentar o ritmo cardíaco, a pressão sanguínea e a transpiração, constringe vasos sanguíneos periféricos (na pele e no sistema digestivo) para “desviar” o sangue para os músculos, dilata as pupilas e as vias respiratórias e aumenta a vigilância sensorial e mental (Ramos, 2001; Brunner e Marmot, 1999; Cohen e col., 1995; Scheinerdman e MaCabe, 1985). A resposta do eixo SAM é muito rápida e os seus efeitos são de curta duração (alguns minutos) (Brunner e Marmot, 1999).

Se a activação do sistema SAM é excessiva, persistente ou frequente, podem surgir complicações de saúde. As descargas hormonais do eixo SAM estão associadas à supressão da função imunitária, a perturbações

cardiovasculares (como a pressão sanguínea aumentada, e as arritmias que podem resultar em morte súbita) e a desequilíbrios neuroquímicos relacionados com o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Cohen e col, 1995).

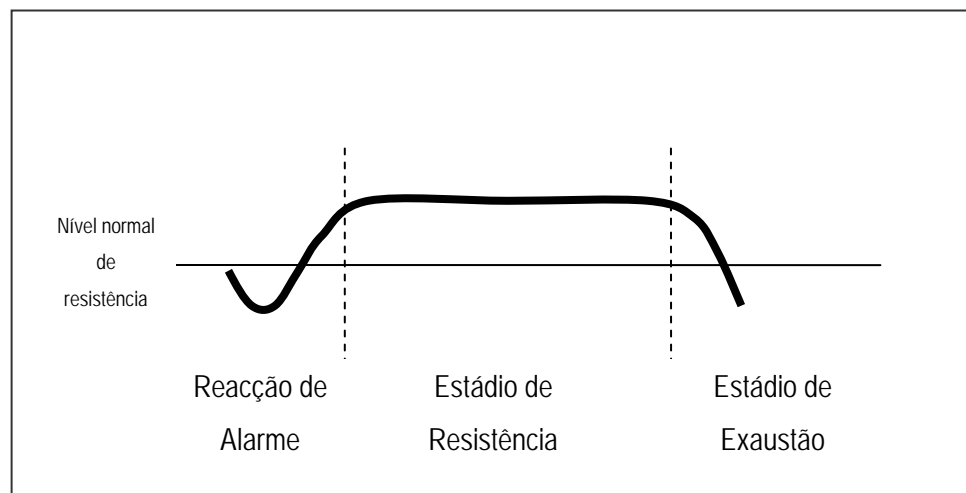
Na linha conceptual dos trabalhos de Cannon, Selye (1980; 1978) assume o stresse como uma resposta do organismo à acção de estímulos adversos e nocivos, os quais denomina de “stressores”. Em experiências laboratoriais, realizadas nos anos trinta do século passado, este investigador verifica que a administração de agentes prejudiciais a animais de experiência provoca um padrão de alterações fisiológicas não específicas, o qual designou por *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA) (*general adaptation syndrome*). Apesar do autor distinguir “stresse” de “SGA” – um organismo encontra-se em stresse porque experimenta o SGA (Hinkle, 1977) –, é possível concluir pela sinonímia entre os dois conceitos.

O SGA descreve as três fases da resposta de stresse, tal como se representa na Figura 2. A *reacção de alarme* é a resposta imediata do organismo a um estímulo agressivo e faz-se acompanhar de sintomas fisiológicos. Em grande medida, esta reacção sobrepõe-se conceptualmente à *reacção de luta e fuga* de Cannon. O *estádio de resistência* representa a total adaptação do organismo ao “stressor”, no contexto da qual o primeiro mobiliza e concentra a sua *energia de adaptação* para suportar a acção deletéria do segundo (Selye, 1978); nesta etapa, assiste-se à remissão dos sintomas. Novamente, é possível estabelecer um paralelismo teórico com os trabalhos de Cannon, em concreto com a ideia de homeostase. O *estádio de exaustão* traduz o colapso da capacidade de adaptação do organismo: os sintomas reaparecem e, caso a acção do “stressor” se mantenha, podem surgir as *doenças de adaptação* e a morte.

Selye forneceu um importante contributo para a compreensão do segundo sistema neuroendócrino envolvido na resposta de stresse, o eixo hipotálamo-

hipófise-supra-renal (eixo HPA, do inglês *hypothalamic-pituitary-adrenal*). Em relação ao eixo SAM, o HPA é mais lento a responder aos “stressores” mas a sua acção é mais prolongada. A resposta do eixo HPA abrange o sistema nervoso central (SNC), o hipotálamo, a glândula pituitária e o córtex supra-renal (parte exterior das glândulas supra-renais).

Figura 2. Síndrome Geral de Adaptação (Selye, 1978, p. 111)



Na presença de estimulação excessiva, o SNC “ordena” a secreção de corticoliberina (CRF, do inglês *corticotropin releasing factor*) pelo hipotálamo. Esta hormona viaja, através de pequenos vasos sanguíneos, do hipotálamo até à parte anterior da glândula pituitária, onde provoca a libertação de uma outra hormona, a adrenocorticotrofina (ACTH, do inglês *adrenocortitotrophic hormone*). A ACTH, por sua vez, vai provocar a secreção de corticosteróides pelo córtex supra-renal (Schneiderman e McCabe, 1985). São os corticosteróides – no humano, cortisol – que vão desempenhar o papel neuroquímico central na acção do eixo HPA,

fazendo aumentar a libertação de energia para sustentar a activação do organismo, suprimindo a resposta inflamatória e inibindo a resposta imunitária<sup>1</sup>.

Os corticosteróides desempenham ainda um papel central na regulação do eixo HPA por *feedback* negativo, quer sobre o hipotálamo quer sobre a glândula pituitária, de modo a estabilizar a concentração de corticosteróides na circulação sanguínea, quando o organismo não está em stresse (Schneiderman e McCabe, 1985). Importa referir que a excessiva concentração de glucocorticóides (um dos tipos de corticoesteróides envolvidos na resposta de stresse) no plasma sanguíneo – por exemplo, pela exposição prolongada a “stressores” ou por uma duradoura resposta de stresse – está associada a doenças como: depressão, síndrome de Cushing, diabetes resistente à insulina, hipertensão, imunossupressão e problemas reprodutores (Sapolsky, 2003; 1996; Brunner e Marmot, 1999).

Os dois eixos neuroendócrinos funcionam interrelacionados. Apesar da sua acção conjunta e interdependente, existe evidência empírica de alguma diferenciação entre os dois. Referimos três exemplos. (1) O eixo SAM é activado maioritariamente por situações ameaçadoras, ao passo que o HPA o é por sobrecarga de estimulação (Cohen e col., 1995; Selye, 1976). (2) O eixo HPA tem uma resposta mais lenta aos “stressores” (alguns minutos) que o eixo SAM (alguns segundos), ainda que a duração da sua acção seja maior (horas ou dias, por oposição a minutos do SAM) (Sapolsky e col., 2000; Schneiderman e McCabe, 1985). (3) Finalmente, o eixo SAM parece estar associado às emoções positivas do esforço sem angústia próprias do *coping* activo (interesse, envolvimento, desejo de manter o controlo), enquanto o eixo HPA parece

---

<sup>1</sup> A supressão da resposta inflamatória e a inibição imune são reacções clássicas da resposta de stresse associadas aos glucocorticóides. O papel dos glucocorticóides na resposta de stresse tem motivado inúmeros estudos e discussões, dada a controvérsia em torno da sua acção. Perspectivas mais recentes apontam para que, em tempos diferentes, os glucocorticóides possam desempenhar acções permissivas, supressivas, estimuladoras e preparatórias da resposta de stresse (Sapolsky e col., 2000).

associar-se às emoções negativas da angústia sem esforço do *coping* passivo (insatisfação, ansiedade, desânimo) (Frankenhauser, 1986).

A perspectiva biológica permite compreender como o stresse pode afectar a saúde dos indivíduos, ao esclarecer os trajectos neuroendócrinos da resposta de stresse.

## 2.2 Perspectiva ambiental ou social do stresse

Paralelamente a Selye, outras contribuições para o estudo do stresse estavam a desenrolar-se. Adolf Meyer, herdando a argumentação de Cannon, tenta operacionalizá-la, utilizando o *life chart*, um instrumento no diagnóstico médico (Dohrenwend e Dohrenwend, 1974). Incentiva e ensina médicos a incluírem no seu diagnóstico a utilização do *life chart*, procurando e registando acontecimentos de vida que pudessem estar relacionados com a origem da doença. O *life chart* consistia numa “biografia dinâmica” do doente, no contexto da qual o médico deveria organizar a informação clínica relativa ao mesmo (Holmes e Masuda, 1974). Meyer acreditava que os acontecimentos de vida podem concorrer para a etiologia das doenças. Mais: Meyer defende que não são apenas os acontecimentos de vida graves que podem conduzir a um estadio de perturbação, mas também aquelas mudanças que fazem parte da vida quotidiana, normativas, tais como a entrada na escola, alterações no emprego, perdas e nascimentos. A grande contribuição de Meyer parece ser, de facto, a primeira concepção mais ou menos sistematizada da ideia de *life event*, ou *acontecimento*

*de vida (AV)*<sup>2</sup>. Neste sentido, a sua obra acaba por inspirar praticamente todos os investigadores que se lhe seguiram.

Nesta linha de evolução do estudo do stresse destaca-se ainda Wolff, que integra as “lições” de Meyer em estudos laboratoriais e epidemiológicos. De um modo geral, ele constata que a doença ocorre com mais frequência durante períodos de vida mais negativos, onde maior número de acontecimentos tem lugar, comparativamente com outros períodos (Cohen e col, 1995). A negatividade daqueles acontecimentos, contudo, não reside num seu hipotético carácter traumático mas somente na sua quantidade; com efeito, os trabalhos de Wolff demonstram que “acontecimentos de vida “stressantes” desempenham um importante papel causal na história natural das doenças, pelas reacções fisiológicas que provocam.” (Holmes e Masuda, 1974). Tal como Selye, Wolff considera o stresse como um “estado” do organismo, ainda que, ao contrário de Selye (que definiu o SGA), não indique como esse estado pode ser reconhecido; os dois, porém, sugerem que a etiopatologia se pode situar nas alterações fisiológicas do stresse (Hinkle, 1977). Enfim, Wolff vem corroborar a ideia que os estímulos psicossociais – por exemplo, acontecimentos de vida que traduzem mudanças no meio social, cultural e interpessoal (Hinkle, 1974) – afectam o indivíduo, podendo contribuir para o surgimento de doenças, nomeadamente psicossomáticas (Vingerhoets, 1985).

Juntamente com Wolff, Hinkle (1974), um dos seus “seguidores” e colaboradores, acrescenta um novo dado epidemiológico àquelas conclusões: que a doença em função de mudanças importantes na vida da pessoa surge apenas de acordo com duas condições: (1) ou porque as pessoas lhe são predispostas e consideram a mudança importante; (2) ou porque aquela mudança

---

<sup>2</sup> O conceito de “acontecimento de vida” assume um papel central no presente estudo, e será operacionalizado no ponto 3 do presente Capítulo. Doravante, abreviaremos amiúde “acontecimento de vida” e “acontecimentos de vida” para AV.

acarreta significativas mudanças no quotidiano de exposição ou protecção a doenças da pessoa.

Os trabalhos de Meyer e Wolff fornecem uma contribuição importante para o estudo do stress, e por essa via, para o estudo do efeito das condições sociais e ambientais sobre a saúde dos indivíduos, ao demonstrarem que a doença pode ser provocada por acontecimentos normais de vida. Neste sentido, os dois autores podem ser considerados precursores da abordagem ambiental ou social do stress.

Hawkins e colaboradores, inspirados pelas contribuições de Meyer e Wolff, elaboram em 1957 a primeira escala de acontecimentos de vida – *Schedule of Recent Experiences* (SRE), tentando sistematizar o *life chart* de Meyer. Este instrumento irá ser utilizado por muitos investigadores que procuravam justificar o papel dos acontecimentos de vida na génese de diversas doenças, tais como a tuberculose e as doenças do coração, entre outras (Cohen e col, 1995).

Holmes (um dos colaboradores de Hawkins) e Rahe modificam a SRE de forma a introduzir a ideia de medição dos acontecimentos de vida. Utilizaram o *life chart* de uma forma sistemática, compilando inúmeros depoimentos médicos que associavam o número e tipo dos acontecimentos de vida, observados empiricamente através da experiência clínica, com o aparecimento de doenças. Desta compilação resultou uma lista de 43 acontecimentos que foi submetida, em amostras de conveniência, à avaliação de juizes sobre a quantidade de reajustamento que cada acontecimento requeria. Por comparação com o casamento, ao qual os autores atribuíram um valor de reajustamento padrão de 500, juizes independentes estabeleceram valores para todos os outros acontecimentos. Seguidamente, calculou-se a média dos valores atribuídos pelos juizes em cada acontecimento e dividiram-se essas médias por 100, dando origem a uma pontuação de *unidades de mudança de vida* (*life change unit* -



LCU). A *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) contempla 43 acontecimentos de mudança de vida, classificados pelo peso de reajustamento que requerem, desde 11 para pequenas violações à lei até 100 para a morte do cônjuge (Thoits, 1983; Holmes e Masuda, 1974).

Entre os acontecimentos de vida geradores de stresse da lista de Holmes e Rahe distinguem-se duas categorias: aqueles acontecimentos de vida decorrentes do estilo de vida dos indivíduos (ex.: hipoteca, acontecimentos ligados a mudanças e problemas no trabalho, etc.), e aqueles que são indicadores de ocorrências, ordinárias ou extraordinárias, que sucedem no curso de vida dos indivíduos (ex.: mortes de familiares e amigos, férias, etc.). Estas ocorrências perpassam as diversas áreas de vida das pessoas, características das modernas sociedades: família, profissão, finanças, residência, relacionamento, educação, religião, lazer e saúde (Holmes e Masuda, 1974). De acordo com outro critério de análise, os acontecimentos da SRRS diferenciam-se em outras duas categorias. Os autores verificaram também que apenas alguns acontecimentos eram negativos, isto é, socialmente indesejáveis. Os outros eram consonantes com os valores da população estudada, a norte-americana (tais como a realização individual, o sucesso, o materialismo, a eficiência, entre outros). No Quadro 1 transcreve-se a escala SRRS.

Independentemente da natureza ou categoria de cada um dos acontecimentos, existe um denominador comum a todos eles – a sua ocorrência provoca um comportamento de adaptação por parte de quem o vive. Esta constatação é a ideia operacionalizada de acontecimento de vida, que desenvolveremos mais adiante.

**Quadro 1. *SRRS – Social Readjustment Rating Scale***  
(Holmes e Rahe, 1967 in Holmes e Masuda, 1974, p. 52. A tradução é nossa)

Posição	Acontecimento de Vida	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Prisão	63
5	Morte de um membro da família próximo	63
6	Ferimento ou doença pessoal	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Alteração de saúde de um membro da família	44
12	Gravidez	40
13	Dificuldades sexuais	39
14	Nascimento de um novo membro na família	39
15	Reajustamento ocupacional	39
16	Alteração da situação financeira	38
17	Morte de um amigo próximo	37
18	Mudança de funções no trabalho	36
19	Mudança no número de discussões com o cônjuge	35
20	Hipoteca superior a 10.000 dólares	31
21	Execução de hipoteca ou empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidades no trabalho	29
23	Saída de casa de filho ou filha	29
24	Problemas com os sogros	29
25	Sucesso pessoal relevante	28
26	Esposa começa ou deixa de trabalhar	26
27	Começar ou acabar os estudos	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração de hábitos pessoais	24
30	Problemas com patrão	23
31	Mudança de horário ou de condições de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de actividades recreativas	19
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Hipoteca ou empréstimo inferior a 10.000 dólares	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de encontros familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas violações da lei	11

Holmes e Rahe determinam, assim, que cada item da SRRS consiste num AV que requer uma mudança no decurso de vida do indivíduo. Desta forma, os autores estabelecem que a ênfase deve estar na mudança ocorrida, propriamente dita, e não no seu significado, emoção ou desejabilidade (Holmes e Masuda, 1974).

É muito significativa a contribuição conceptual de Holmes e Rahe para o estudo da influência de factores sociais e ambientais sobre a saúde individual. Eles definem “pesos” objectivos para os AV, através da atribuição diferenciada a cada um de unidades de mudança de vida, ainda que no decorrer das suas pesquisas tenham verificado que o significado de cada AV variava de indivíduo para indivíduo, como seria de esperar. No entanto, “controlam” essa variabilidade individual ao estabelecerem “significados numéricos” socialmente determinados (as unidades de mudança de vida) para os acontecimentos de vida. Assim, quanto maior for o valor de unidades de mudança de vida implícito nos AV experimentados por um indivíduo, num determinado período de tempo, maior será a probabilidade de surgir a doença. O início da doença aparece então na estrita dependência da “quantidade” de mudança introduzida pelos acontecimentos de vida. Holmes e Masuda (1974, p. 68) afirmam que “quanto maior for a magnitude da mudança de vida, maior será a sua probabilidade em estar associada com a origem da doença e maior será também a probabilidade da população em risco experimentar doença”. Esta premissa foi demonstrada em diversas pesquisas (Cf. Ponto 3.1.) onde se constatou que mudanças de vida recentes eram factores de risco para um diverso número de doenças. A um outro nível de análise, a doença surge em resultado directo de influências sociais e ambientais, ainda por cima mensuráveis. Sem dúvida, um poderoso argumento a favor da teoria da causalidade social.

Do ponto de vista metodológico, a contribuição de Holmes e Rahe para o estudo dos acontecimentos de vida é igualmente muito importante, por causa da criação da *Social Readjustment Rating Scale*. Ao objectivarem, através da mensuração, os acontecimentos de vida, possibilitaram um suporte quantitativo para futuros estudos epidemiológicos. Breznitz (1994), referindo-se ao trabalho desenvolvido por Holmes e Rahe e concretamente à SRRS, reconhece que este se tornou num dos instrumentos mais utilizados da investigação sobre stresse: realizaram-se mais de 1000 estudos utilizando a SRRS só até 1979 (Thoits, 1983). Um dos factores que levou a este sucesso terá sido, em primeiro lugar, a conceptualização de AV subjacente à escala, acima descrita, a qual “fornece” uma medida pré-estabelecida e objectiva (em *unidades de mudança de vida*) para mensurar cada AV. Outro factor a ter em conta no sucesso deste trabalho, é a facilidade e rapidez metodológica da escala: com a SRRS pode-se inquirir grandes amostras em pouco tempo, resultando grande quantidade de dados para eventuais estudos epidemiológicos.

A partir da década de 70 do século passado, uma segunda geração de investigadores começa a pôr em causa as bases conceptuais e metodológicas das listagens de acontecimentos de vida (ou *check-lists*), nomeadamente da escala SRRS.

Um dos argumentos críticos à escala de Holmes e Rahe relaciona-se com a selecção de acontecimentos em grupos de doentes. Identificar independentemente o AV quando a doença já existe torna-se difícil pois aquele tanto pode ser o agente como o efeito da doença. A propósito desta crítica Hudgens (1974, p. 131) afirma mesmo que na sua opinião “29 dos 43 itens da SRRS são acontecimentos que frequentemente são sintomas ou consequências de doença”.

Um outro argumento crítico à SRRS prende-se com a ambiguidade de determinados itens da escala relativamente à sua desejabilidade. Esta crítica tomou grande proporção devido à verificação em diversos estudos (Gersten e col., 1974; Paykel, 1974) de que os efeitos das perdas diferiam dos efeitos dos ganhos, na natureza e no grau, podendo-se concluir que apenas os acontecimentos indesejáveis parecem preceder a psicopatologia (Paykel, 1974). O grande desvio àquilo que Holmes e Rahe defendiam foi constatar-se que não é exclusivamente a magnitude da mudança que determina a etiologia da doença – a direcção e a desejabilidade da mudança são igualmente importantes (Paykel, 1974).

O terceiro argumento liga-se com o facto das *check-lists* não representarem todos os AV que podem acontecer às pessoas. Com efeito, as listas de AV são apenas amostras do universo dos acontecimentos de vida (Dohrenwend e col., 1978) e portanto podem não representar homogeneamente todos os grupos sociais. Com efeito, os acontecimentos seleccionados por Holmes e Rahe representarão melhor determinados grupos sociais em detrimento de outros – jovens adultos, mulheres, minorias, pobres estão sub representados (Aneshensel, 1992).

Quanto à variação sociocultural a mesma questão se coloca – a SRRS foi forjada pelos seus autores a partir das experiências de doentes, urbanos, dos EUA. A escala foi posteriormente utilizada por Miller e colaboradores (1974) num contexto rural da Carolina do Norte, onde constatarem haver desadequação em alguns itens, dadas as diferenças culturais.

Os Dohrenwend e colaboradores criticam aspectos conceptuais e metodológicos da escala do Holmes e Rahe mas não a questionam em si mesma, defendendo inclusive a utilização de *check-lists* para o estudo dos acontecimentos de vida e da sua influência sobre a doença, sobretudo por duas razões. A primeira

prende-se com a mensuração e, concretamente, com a atribuição de pesos diferentes a cada AV. Apesar de alguns estudos, fora do âmbito dos acontecimentos de vida, terem demonstrado que escalas com pesos diferenciados não prediziam melhor do que escalas sem diferenciação de peso dos seus itens, no campo de investigação dos acontecimentos de vida o mesmo não acontece. A investigação demonstrava que as escalas com pesos eram bastante mais rigorosas e frutuosas – Theorell (1974) constatou que doentes cardíacos e o grupo de controlo não diferiam no número de acontecimentos mas havia diferenças quando os eventos tinham um peso diferenciado; também Myers e colaboradores (1974) verificaram que a classe social não se relacionava com o número de eventos mas relacionava-se quando estes tinham pesos diferentes. A segunda razão prende-se com a questão da subjectividade. Não seria mais credível que fossem os sujeitos do estudo a atribuírem eles próprios o valor de cada um dos acontecimentos, de acordo com a sua percepção da magnitude do evento? Dohrenwend acredita que não, pois o indivíduo ao valorar o acontecimento depois de o ter experimentado está a contaminar essa valoração, quer pela sua vivência quer pelas suas predisposições individuais quer, ainda, pela sua avaliação das consequências dos acontecimentos (Dohrenwend e col., 1978).

Deste modo, desenvolvem em 1978 um novo instrumento tentando dar resposta a três problemas metodológicos na construção das *check-lists*: a construção da escala; a selecção de juízes e o consenso entre as valorações dos juízes. A *Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI) Life Events Scale* é uma listagem de 102 acontecimentos de vida e foi construída a partir de listas anteriores, da experiência dos investigadores e dos acontecimentos relatados em estudos prévios realizados junto da população a estudar. Na construção da escala, e relativamente à selecção dos acontecimentos, os autores excluíram acontecimentos subjectivos, tentaram especificar os AV em termos de

desejabilidade e tentaram aumentar a representação de acontecimentos positivos. A selecção dos juízes, que estabeleceriam a magnitude dos acontecimentos, foi feita a partir de indivíduos da população a estudar. Por último, testaram o consenso entre as classificações dos juízes.

Se o grupo dos Dohrenwend critica aspectos metodológicos da escala de Holmes e Rahe, Brown critica, além deles, o próprio uso isolado de *check-lists*. Acusa as *check-lists* de meras colecções de acontecimentos desligados do contexto individual e ambiental de quem os experimenta. De acordo com os seus argumentos, dizer que a mudança de residência implica 20 unidades de mudança de vida é dizer pouco: a mudança de residência foi desejada? A nova casa é melhor ou pior que a anterior? A mudança de residência acompanha uma mudança de trabalho? Para melhor ou para pior? Não se pode avaliar só a quantidade e magnitude dos AV; é necessário ter em conta as qualidades intrínsecas de cada acontecimento, tais como a sua desejabilidade. A questão, denunciada por Brown e Harris (1989) e por Dohrenwend e colaboradores (1990), prende-se com a variabilidade intra-acontecimentos de vida. Aparentemente, existe tanta variabilidade “dentro” de cada AV como entre AV’s – ou seja, se há diferença entre o divórcio (73 “LCU”) e a separação (65 “LCU”), também a há no próprio divórcio, consoante ele possa ser desejado, amigável, litigioso, com ou sem filhos, etc. A utilização isolada de listas de AV é particularmente vulnerável a esta variabilidade.

Brown propõe uma nova metodologia – *Life Events and Difficulties Schedule (LEDS)* (Brown e Harris, 1978) – que, na sua opinião, se adequa melhor ao estudo dos acontecimentos de vida e que consiste na recolha de informação sobre a natureza e as circunstâncias de cada acontecimento, com o intuito de determinar o contexto que lhe deu motivo. Através da técnica da entrevista os investigadores estabelecem o conjunto de acontecimentos ocorridos nos últimos

12 meses, deduzindo informação detalhada dos acontecimentos bem como informação sociobiográfica dos sujeitos. Um grupo de pelo menos três investigadores classifica o acontecimento quanto ao seu grau de ameaça para o indivíduo. Esta avaliação contextual indica se a ameaça é de curto prazo (aquilo que está implícito no dia do acontecimento) ou de longo prazo (aquilo que está implícito durante a semana seguinte à ocorrência do evento) bem como o grau dessa ameaça. O que Brown veicula é deixar de se pôr a tónica na alteração de comportamento que a mudança provoca para a situar na alteração cognitiva e emocional, isto é, no “sentido” ou “significado” que o indivíduo atribui ao acontecimento.

Diversos investigadores apontaram críticas à LEDS e à abordagem contextual, que de seguida sumariamos. De uma forma geral, a metodologia da LEDS é considerada mais adequada no estudo dos acontecimentos de vida quando comparada com a metodologia das *check-lists*. A LEDS, no entanto, dada a sua extensão e duração requer bastante mais recursos financeiros e humanos, tornando-a impraticável de aplicar em grandes amostras. Por outro lado, e apesar de se reconhecer a crescente aceitação da importância do contexto no estudo dos acontecimentos de vida, a delimitação da fronteira entre o contexto do acontecimento e as predisposições individuais é criticada. A crítica aponta no sentido de uma mais objectiva mensuração do acontecimento evitando a contaminação oriunda da vulnerabilidade individual. Alguns críticos consideram excessivo tentar analisar o acontecimento, o contexto onde ocorre e a história pessoal do sujeito numa única medida, entendendo que a ambiguidade daí resultante coloca obstáculos à compreensão de associações estatísticas (Brown, 1989).

A perspectiva social não se tem limitado a estudar e analisar as propriedades dos acontecimentos de vida geradores de stresse. A sua



abordagem tem sido mais ampla, fruto até de algumas críticas ao estudo dos AV, nomeadamente aos factos (1) de não considerarem outros “stressores” que afectam as pessoas, embora não cabendo na categoria dos AV e (2) de não considerarem processos mediadores entre a acção do “stressor” e os resultados ao nível da saúde dos indivíduos. Neste quadro, a abordagem social tem investido a sua atenção no alargamento do estudo das condições geradoras de stresse (como os “stressores” crónicos como os resultantes dos papéis sociais) e na investigação das condições de vulnerabilidade ou resistência ao stresse (como o suporte social).

O segundo grande grupo de “stressores” sociais refere-se aos “problemas, conflitos e ameaças relativamente duradouros, que muitas pessoas enfrentam nas suas vidas diárias” (Pearlin, 1989, p. 245). Estes problemas mais ou menos estáveis são designados por “*stressores*” crónicos. A literatura sociológica também se refere a eles por *tensões sociais* (*chronic strains*), numa alusão à origem social e interpessoal de tais dificuldades (tensões). Pearlin (1989) justifica a reduzida atenção da investigação sociológica a este tipo de causas de stresse, por comparação com os AV, pela dificuldade da sua mensuração (dada a potencial quantidade e diversidade de “stressores” crónicos) e oferece um quadro referencial mais objectivo para o seu estudo, situado ao nível dos papéis sociais que as pessoas representam.

As tensões resultantes dos papéis sociais são habitualmente duradouras, na medida em que são duradouras as actividades e relações interpessoais por eles estruturadas (Pearlin, 1989). Por seu lado, as tensões associadas aos papéis sociais tendem a perturbar consideravelmente os indivíduos, uma vez que muitas das relações sociais que lhes subjazem são consideradas de extrema importância, como as conjugais, familiares, parentais ou profissionais. Pearlin define este tipo de “stressores” como dificuldades, desafios e conflitos que as

peessoas experimentam no desempenho dos seus papéis sociais, ao longo do tempo, e enumera cinco tipos de tensões associadas ao papel: (1) sobrecarga de papel (exigências ultrapassam as capacidades individuais); (2) conflitos interpessoais dentro de conjuntos de papéis (são os mais comuns, e situam-se ao nível de papéis complementares, como o de marido-mulher); (3) conflitos inter-papéis (conjugação de exigências incompatíveis de múltiplos papéis, como na relação trabalho/família); (4) clausura de papel (desempenho contrariado de um papel, como no caso de um desempregado que pretende ser empregado); e (5) reestruturação do papel (mudanças que afectam o papel, como a rebelião adolescente no papel de filhos) (Pearlin, 1989).

De acordo com uma certa leitura conceptual, os “stressores” crónicos representam o inverso dos AV: se o elemento gerador de stresse nos AV é a mudança, nos “stressores” crónicos é a ausência de mudança, ou seja, a continuidade da acção da causa de stresse (Ramos, 2001). Neste sentido, é possível incluir entre os “stressores” crónicos um outro tipo de causas sociais de stresse, os não-acontecimentos (*non-events*). Gersten e colaboradores (1974) definem não-acontecimentos como os acontecimentos esperados ou desejados que não ocorrem dentro de um período de tempo normativo para um determinado grupo social. Uma gravidez desejada que não acontece ou uma promoção profissional esperada mas sempre adiada são exemplos de não-acontecimentos. Tal como nas tensões crónicas, a acção dos não-acontecimentos faz-se sentir ao longo do tempo (Wheaton, 1994).

Os “stressores” crónicos afectam de modo contínuo e longitudinal as pessoas, ao passo que os AV representam um efeito transversal e discreto à vida das pessoas. Perlin (1989) não opõe os “stressores” crónicos aos AV, defendendo inclusive uma convergência entre eles: AV’s e “stressores” crónicos podem estar na origem uns dos outros, bem como oferecer-se mutuamente contextos de

significado. Por exemplo, a perda de emprego (AV) pode contribuir para o conflito conjugal (um possível “stressor” crónico) (Pearlin e col., 1997). Evidências empíricas, porém, apontam algumas diferenças entre eles, no que à sua acção diz respeito: aparentemente, os “stressores” crónicos estão mais associados com sintomas depressivos e outras patologias que os AV (Weiss e Lonquist, 1996).

Pearlin acrescenta ainda mais um nível à análise social das causas de stresse, com os conceitos de “*stressores*” *primários* e *secundários* e a ideia de *proliferação do stresse* (1989; Pearlin e col., 1997). Genericamente, estas noções traduzem a acumulação de “stressores” e representam as “cadeias de reacções em cascata” originadas pelas causas de stresse na vida das pessoas. Os dois primeiros conceitos são puramente de natureza sequencial: os “stressores” secundários são aqueles que resultam da acção prévia de outros “stressores”, como no caso de um despedimento (“stressor” primário) que provoca dificuldades financeiras na família (“stressor” secundário). A proliferação do stresse representa a expansão ou emergência de novos “stressores” para além do domínio ao qual a situação inicialmente geradora de stresse se circunscrevia (Pearlin e col., 1997). Pearlin estuda a proliferação do stresse em contextos de doença (no caso em referência, a SIDA), em que à doença (enquanto “stressor” primário) se vão associando e interligando outros “stressores”, “enleando” a vida das pessoas no stresse. Concluindo, a acumulação de “stressores” aumenta a complexidade do estudo das causas de stresse, sejam elas AV ou “stressores” crónicos mas, por outro lado, desafia a investigação a aproximar-se mais da realidade da vida das pessoas quando estão em stresse.

De seguida referimos sucintamente o olhar sociológico sobre factores de resistência ou vulnerabilidade ao stresse, materializado na ideia de suporte social.

O suporte social é, de entre os recursos psicossociais utilizados pelas pessoas para lidar com o stresse, aquele que mais tem sido estudado (Thoits,

1995). O suporte social tem sido definido de duas formas genéricas, consoante seja "localizado" em factores "exteriores" aos indivíduos, ou situado no "interior" dos mesmos. Pearlin (1989) define suporte social enquanto conjunto de recursos sociais que um indivíduo é capaz de convocar em seu socorro, quando tem de lidar com condições problemáticas de vida. Outros autores entendem o suporte social como informação que faz os indivíduos acreditarem que são amados, queridos, valorizados e estimados e que podem contar com os outros quando for necessário (Cobb, 1976 in Sarason e col., 1994). O conceito de suporte social, dada a sua complexidade, remete para dois tipos de dicotomias: uma, ilustrada pelas definições anteriores, relativa à estrutura e função; outra, relativa ao suporte recebido/suporte percebido. A visão estruturalista do suporte social destaca as propriedades das redes sociais dos indivíduos, tais como tamanho, frequência de interações, densidade, elementos constituintes, etc., sugerindo uma relação directa entre a qualidade das primeiras e o ajustamento psicossocial dos segundos. Do ponto de vista estrutural, a ideia de suporte social remete para o envolvimento dos indivíduos em teias sociais. Como ilustração, refira-se que a falta de intimidade com o marido aumenta o risco de depressão nas mulheres (Brown e Andrews, 1986). Existe, contudo, alguma evidência empírica sugerindo que a estrutura do suporte social pode não estar relacionada com o ajustamento psicológico e a saúde mental (Sarason e col., 1994). A perspectiva funcionalista valoriza as funções do suporte social e o seu impacto sobre os indivíduos, em detrimento das suas características estruturais. Esta perspectiva interessa-se por descobrir quais os aspectos específicos do suporte social que são benéficos para os indivíduos, em determinadas condições de stresse. Ela postula que só o suporte social que "corresponde" às exigências levantadas pelos "stressores" enfrentados pelos indivíduos se relaciona com o ajustamento psicológico (Cohen e Wills, 1985). Relativamente à dicotomia "suporte recebido/suporte percebido", importa referir a constatação empírica de concordância

moderada (50 a 60%) entre fornecedores e receptores de suporte (Sarason e col., 1994), por um lado, e, por outro, a existência de evidências que o suporte percebido aparenta possuir uma influência bastante mais forte sobre a saúde mental que o suporte efectivamente recebido (Thoits, 1995).

O suporte social protege os indivíduos das consequências negativas do stress segundo dois tipos de efeitos. De acordo com o primeiro, postula-se que o suporte social possui um efeito directo positivo sobre o bem-estar e a saúde dos indivíduos, mesmo na ausência de stress. Neste sentido, o suporte social contribui para sentimentos de contentamento e de expressão de saúde (Weiss e Lonquist, 1996). O segundo modelo dos efeitos do suporte social está mais intimamente associado ao stress. Segundo este, o suporte social funciona como um “amortecedor” das consequências negativas do stress (Gore, 1987). Quando uma pessoa se confronta com um “stressor”, a presença dos outros pode atenuar a valorização do mesmo, aligeirar a resposta de stress (por ex., contribuindo para menor medo ou ansiedade) e ajudar a lidar com o “stressor” (Cohen e Pressman, 2004). É habitual diferenciarem-se tipos ou dimensões de suporte social. Weiss e Lonquist (1996) citam três dimensões: suporte emocional (conforto, respeito, amor...), cognitivo (informação, conhecimento...) e material (recursos materiais que possam ajudar a lidar com o problema).

### 2.3 Perspectiva psicológica do stress

A abordagem psicológica enfatiza a percepção da ameaça inerente aos “stressores” ambientais objectivos (Cohen e col., 1995), e não tanto a magnitude dos acontecimentos de vida ou as características neuroendócrinas da resposta de

stress. De acordo com Lazarus (1999), um indivíduo encontra-se em stress quando percebe as exigências ambientais (AV, “stressores” crónicos, ...) como excedendo os recursos que percebe dispor, o que coloca em perigo o seu bem-estar. O conceito central da perspectiva psicológica é a percepção (avaliação cognitiva), tanto das exigências ambientais como dos recursos individuais para as enfrentar. A percepção de stress é, assim, determinada tanto pelas propriedades objectivas dos “stressores”, como pela capacidade de resposta do indivíduo, sendo estas duas subalternas de uma outra interpretação: a do significado da relação entre o indivíduo e o seu ambiente. Neste sentido, a percepção de stress de uma pessoa “é o produto tanto da interpretação do significado de um acontecimento como da avaliação da adequação dos recursos de *coping*” (Cohen e col., 1995, p. 7). Lazarus (1999) coloca a tónica do estudo do stress nas trocas – ou transacções – entre o indivíduo e o seu meio, mais concretamente, na discrepância entre as exigências do último e a capacidade de resposta do primeiro. Esta abordagem resulta de uma novidade metodológica no estudo do stress, por oposição aos estudos laboratoriais anteriores, a qual consiste em desenvolver as investigações num contexto o mais naturalista possível: os sujeitos da experiência são pessoas, visionando filmes potencialmente “stressantes”. Este desenho experimental procurava introduzir a hipótese de base de Lazarus: as pessoas tendem a reagir emocionalmente a situações “stressoras” (Coyne e Lazarus, 1980). Com aquelas investigações, Lazarus e seus colaboradores observaram que acontecimentos geradores de stress (por ex., acidentes sangrentos) provocam diferentes respostas de stress – incluindo diferentes níveis de activação autonómica – consoante o “significado” induzido (por ex., se os filmes eram apresentados como reais ou como simulações destinadas a campanhas de prevenção). Aquelas experiências forneceram informação substantiva de que a forma como as pessoas percebem e lidam com um “stressor” ambiental desempenha um papel

importante nas consequências emocionais e adaptativas (Coyne e Lazarus, 1980). Para os defensores desta perspectiva, os resultados acima mencionados demonstram até que as considerações de mediação cognitiva são preferíveis às estritamente pessoais ou ambientais, para compreender o stresse humano<sup>3</sup>.

Analisemos de seguida os dois conceitos fundamentais desta perspectiva, as interpretações dos sujeitos (avaliação cognitiva ou percepção) e o que eles podem fazer para lidar com os "stressores" (*coping*).

A avaliação cognitiva (percepção) compõe-se de três momentos avaliativos. Através da *avaliação primária*, os indivíduos apreendem o significado da transacção com o meio – benigno ou gerador de stresse, e, no caso deste último, as exigências que esse encontro acarreta. Estas podem assumir três significados diferentes: dano (percepção de perigo, de perda), ameaça (antecipação de fracasso, prejuízo) ou desafio (antecipação de ganho). A *avaliação secundária* – subsequente teoricamente mas simultânea na realidade – prende-se com julgamentos acerca dos recursos que a pessoa dispõe para enfrentar aquelas exigências, nomeadamente a sua disponibilidade, os custos e a probabilidade de sucesso. Por fim, a *reavaliação* traduz um julgamento de *feedback*, em que o indivíduo, consoante o decorrer das trocas com o ambiente e o resultado das suas acções sobre o mesmo, reconsidera as avaliações anteriores. A natureza sequencial da percepção do stresse chama a atenção para dois fenómenos, também "trazidos" por Lazarus: o stresse enquanto processo que se desenrola no tempo (e que pode ser reavaliado) e o *coping*, enquanto acção do indivíduo sobre o ambiente (paliativo, caso se concentre na auto-regulação

---

<sup>3</sup> O conceito de percepção do stresse encontra, no campo de Sociologia, paralelo nos conceitos de interaccionismo simbólico e de construção social da realidade. De acordo com estes conceitos, os indivíduos são afectados pelos acontecimentos na razão directa da forma como os percebem e interpretam. As trocas simbólicas verbais e não-verbais criam os significados com que as experiências da vida e do mundo influenciam o comportamento dos indivíduos. Assim, não são as situações *per se* a originarem stresse, mas sim a sua interpretação enquanto "stressoras". Com efeito, e de acordo com o Teorema de Thomas, se as situações são definidas como reais, elas são reais nas suas consequências (Weiss e Lonnquist, 1996).

emocional, ou instrumental, caso se dirija à utilização do “stressor”). A esta perspectiva sobre o stress Lazarus chamou *modelo transaccional do stress*, por situar o mesmo ao nível das transacções pessoa-ambiente. Trata-se de uma abordagem fenomenológica (por considerar o fenómeno no diálogo entre os termos que o definem), focada no processo de trocas entre os seus constituintes, e de natureza cognitiva (por destacar o papel da percepção individual).

A perspectiva psicológica do stress não se esgota nas duas contribuições conceptuais acima mencionadas. Com efeito, a influência da personalidade nas experiências de stress é uma questão classicamente enquadrada na abordagem psicológica. Antes de a referirmos, porém, mencionamos uma outra contribuição passível de ser inscrita na tradição psicológica, e que se refere a causas de stress não ponderadas pela abordagem ambiental: os “stressores” do dia-a-dia.

A vida quotidiana encerra um conjunto de experiências irritantes, de constrangimentos, contrariedades e aborrecimentos, que geram stress. As exigências levantadas por este tipo de acontecimentos, que caracterizam as transacções diárias com o ambiente (Wheaton, 1994), não acarretam grandes mudanças de vida (como os AV) nem implicam a cronicidade típica dos “stressores” crónicos. No entanto, merecem ser estudadas, na medida em que, por um lado, são percebidas pelas pessoas como “stressores” e, por outro, a sua acção é mais comum e frequente que a dos AV ou dos “stressores” crónicos (Lazarus, 1999). Estas experiências representam o stress do dia-a-dia, como as filas de trânsito, os atrasos, as tarefas domésticas, os aborrecimentos relacionais com familiares e colegas de trabalho, os prazos laborais, etc. Lazarus (1999) designou-as de “lutas quotidianas” (*daily hassles*) e a investigação tem demonstrado que se associam significativamente com o declínio do humor e da saúde (DeLongis e col., 1988).



O interesse pelo estudo da influência da personalidade nas experiências de stresse nasce da constatação da baixa correlação entre AV e estatuto de saúde/doença. Esta baixa correlação pode sugerir a interferência de características pessoais e sociais na relação entre a exposição a “stressores” e a ocorrência de doenças, nomeadamente o suporte social (anteriormente referido), aptidões, atitudes, crenças e características de personalidade. Cohen e Edwards (1989) referem-se a estes atributos enquanto *recursos pessoais* e definem-nos como “características individuais relativamente estáveis” (p. 236), remetendo-os para o conceito de personalidade. São estas características individuais que fazem com que algumas pessoas sejam relativamente imunes às doenças precipitadas pelo stresse, e outras não (Cohen e Edwards, 1989); ou seja, é a estrutura da personalidade que diferencia as pessoas em termos de vulnerabilidade às doenças provocadas pelo stresse (Kobasa, 1979).

A literatura psicológica tem indicado vários aspectos da personalidade que parecem influenciar as experiências de stresse, desde conceitos “isolados”, como *locus* de controlo, auto-estima, expectativas de auto-eficácia, até conceitos “compostos” (no sentido que integram e combinam alguns dos anteriores), como o sentido interno de coerência, *hardiness* (robustez de carácter<sup>4</sup>) e padrão comportamental Tipo A (Ramos, 2001). As características individuais podem atenuar ou intensificar as experiências de stresse, como o demonstram, a título de ilustração, os conceitos de robustez de carácter e de padrão comportamental Tipo A.

A robustez de carácter define indivíduos que acreditam na sua capacidade para controlar e influenciar os acontecimentos, que se sentem profundamente envolvidos e comprometidos com as actividades das suas vidas e

---

<sup>4</sup> Adoptamos a tradução de “*hardiness*” para “robustez de carácter” proposta por Ramos (2001).

que antecipam a mudança como um desafio estimulante para ulterior desenvolvimento pessoal (Kobasa, 1979). O conceito de robustez de carácter é, assim, composto por três crenças cognitivas, no controlo, no compromisso e na mudança. Supõe-se que pessoas com “personalidades robustas” sejam mais resistentes ao stresse, tanto porque o abordem cognitivamente de modo mais positivo, como porque consigam mobilizar actos de *coping* mais eficazes. A investigação tem demonstrado que a robustez de carácter actua prospectivamente como um recurso de resistência ao stresse e que o seu efeito de preservação da saúde aumenta com o aumento de AV (Kobasa e col., 1982).

O padrão comportamental Tipo A define indivíduos com comportamentos e emoções de elevada ambição, agressividade e hostilidade, competição, urgência de tempo e impaciência, rigidez moral, e necessidade de reconhecimento social (Mota-Cardoso, 1984; Ganster, 1987). Os indivíduos Tipo A são mais reactivos ao stresse que, por sua vez, não só evoca os comportamentos típicos deste padrão comportamental, como oferece as condições – exigências, desafios, ameaças – que os reforçam (Ganster, 1987). A investigação tem demonstrado que o padrão comportamental Tipo A torna os indivíduos mais vulneráveis a doenças precipitadas pelo stresse, particularmente às doenças cardiovasculares. Estudos demonstraram que os Tipo A têm entre 3,2 a 5 vezes mais probabilidades de ter um segundo enfarte do miocárdio e 2 vezes mais probabilidades de morrer de ataque do coração (Fontaine e col., 1998; Mota-Cardoso, 1984).

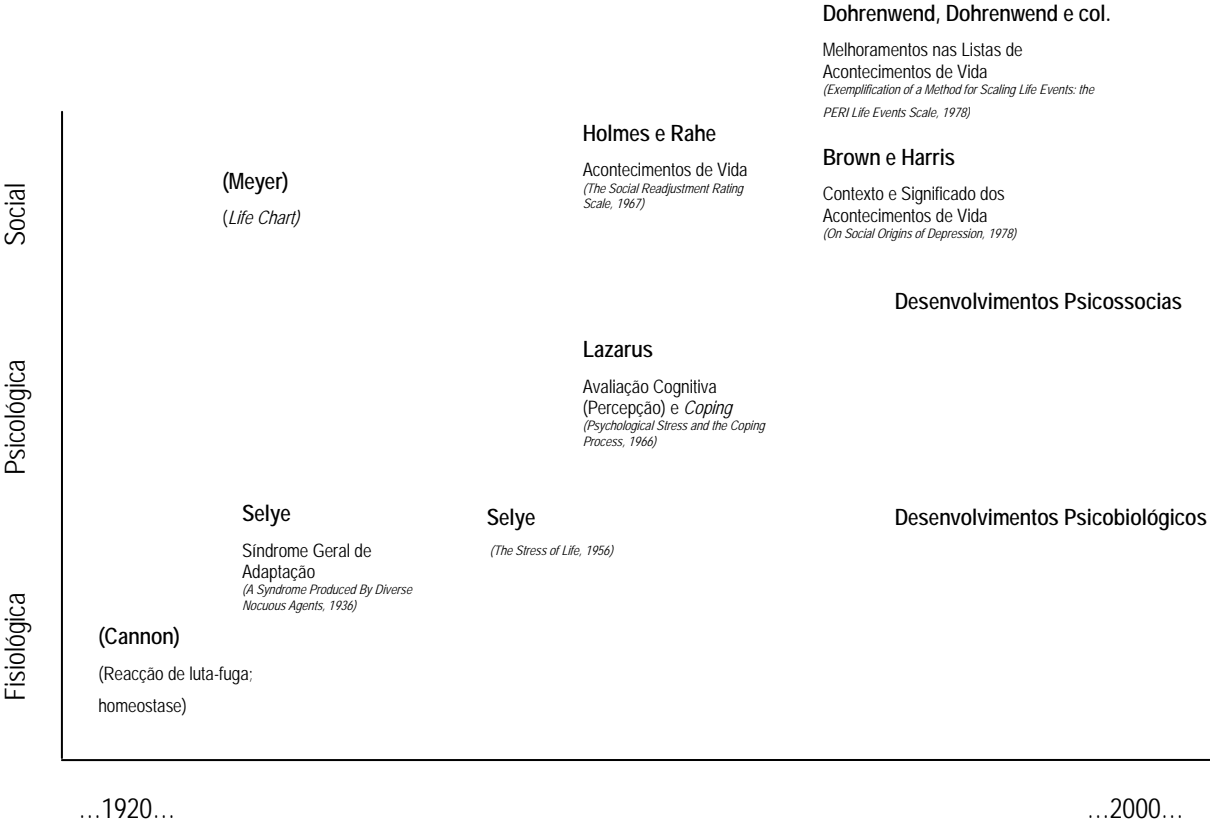
## 2.4 Modelo integrador do stresse

Do que foi exposto até ao momento resulta que o conceito de stresse é definido e operacionalizado de, pelo menos, três formas diferentes, consoante a perspectiva teórica e investigacional de base. Com efeito, o stresse tem sido definido (1) como uma condição ambiental externa que perturba o normal funcionamento do organismo, (2) como uma resposta do organismo, automática, global e não específica, a qualquer agente perturbador e (3) como uma interacção desajustada entre as exigências do ambiente e a capacidade de resposta do indivíduo (Mota-Cardoso e col., 2002; Leventhal e Nerenz, 1983).

A polissemia do uso do termo e a sua “plasticidade” conceptual levaram alguns autores a duvidar da sua utilidade para a investigação e intervenção clínica (Breznitz, 1994) e a questionar a validade científica da noção de stresse, discutindo a sua consistência interna e a sua testabilidade (Engel, 1985). Talvez que estas posições críticas mais ou menos extremadas traduzam tão-somente alguma indefinição e dissensões próprias dos momentos iniciais da afirmação de um novo paradigma científico, como postulava Kuhn (1972). Com efeito, importa observar que as três tradições de análise do stresse ocupam apenas um lapso de tempo de cerca de 40 anos, uma vez que sensivelmente a partir dos anos oitenta se assistiu a uma maior convergência entre abordagens. E durante esse período, algumas das mais importantes contribuições, no seio de diferentes perspectivas teóricas, estavam sendo feitas em simultâneo, como graficamente se representa no Quadro 2. Neste quadro procuramos delinear a história do stresse através da sinalização cronológica e conceptual daqueles que serão os marcos capitais da mesma.

Além de um tempo de vida relativamente curto, por comparação com a escala cronológica da história das ciências, existe uma outra razão para esta tripla

Quadro 2. Cronologia conceptual do stresse



concepção de stresse. Essa razão prende-se com o facto dos investigadores de cada uma das três abordagens terem olhado o stresse menosprezando – senão mesmo, desprezando – os olhares das abordagens vizinhas (Cohen e col., 1995). Acreditamos que esse menosprezo tem que ver com as escolhas metodológicas decorrentes de cada perspectiva de análise do stresse e não com possíveis incongruências teóricas entre elas. É compreensível que um sociólogo não utilize indicadores neuroendócrinos nas suas investigações, da mesma forma que se aceita que um fisiologista realizando ensaios laboratoriais não recorra a técnicas de entrevista ou a abordagens epidemiológicas. Numa e noutra abordagem, porém, não é abarcada toda a complexidade do fenómeno que se pretende estudar. Talvez que o ideal fosse a conjugação de abordagens... Aliás, existem já exemplos reais dessa conjugação, como o demonstra a recente criação pelos *National Institute of Mental Health* norte-americanos de redes de investigação em integração multidisciplinar, como é o caso da *Early Experience, Stress Neurobiology & Prevention Science Research Network* (Gunnar, 2003), destinada precisamente a investigar o tema central ao presente trabalho. Contudo, uma tal concentração de recursos é ainda uma dificuldade (senão mesmo, uma miragem) para a generalidade dos investigadores, pelo que se continuará a observar abordagens parcelares ao fenómeno do stresse, sempre necessitadas de explicações complementares. Reforce-se a ideia, porém, que essa parcialidade investigacional não é sinónimo de incompatibilidade teórica. A regra é a complementaridade.

As três perspectivas descrevem um mesmo fenómeno, ainda que cada uma delas faça emergir processos e constituintes específicos da sua análise preferencial. Assim, é possível e desejável ensaiar um modelo explicativo integrador do stresse, que assuma cada perspectiva enquanto nível de análise diferenciado (Cohen e col., 1995; Lazarus, 1999). Com efeito, vários autores propõem uma abordagem unificadora do stresse (Mota-Cardoso, 2000; 1997;

Lazarus, 1999; Weiss e Lonquist, 1996; Thoits, 1995; Cohen e col., 1995; Pearlin, 1989). Antes de nos determos na exposição de um modelo integrador do stresse, e na explicação e esquematização da experiência humana de stresse, importa destacar, em conclusão, as contribuições complementares unificadoras das três perspectivas histórico-teóricas do stresse. São elas que permitem edificar o stresse enquanto conceito científico e enquanto campo de investigação.

1. O stresse enquanto conceito científico existe desde a década de trinta do século XX, altura em que pela primeira vez foi utilizado para descrever e teorizar um conjunto coerente de reacções do organismo.

2. O stresse é a resposta do organismo a qualquer exigência ambiental. Esta resposta envolve fundamentalmente dois eixos neuroendócrinos (o SAM e o HPA), diferenciados mas interdependentes.

3. A resposta de stresse tem por objectivo último a adaptação à situação perturbadora, através da mobilização dos recursos psiconeuroendócrinos do organismo. Durante o processo de adaptação ou face ao colapso da mesma, a sobreactivação neuroendócrina pode resultar em doenças e morte.

4. O stresse pode ser causado por qualquer tipo de estímulos, que variam de químicos e físicos a psicossociais e emocionais. Esses estímulos geradores de stresse são habitualmente designados por "stressores".

5. Entre os "stressores" ambientais, contam-se os acontecimentos de vida (que impõem mudança e exigem esforços de readaptação dos indivíduos), os "stressores" crónicos (entre os quais, os não-acontecimentos) e os "stressores" do dia-a-dia.

6. A “intensidade” dos “stressores” ambientais é directamente proporcional à ocorrência de doenças, através das alterações decorrentes da resposta de stresse.

7. A resposta de stresse é mediada cognitivamente. É a avaliação cognitiva, que confronta mentalmente exigências ambientais e capacidade de resposta individual, que “determina” o que é stresse para o indivíduo. Subsequentemente, a percepção de stresse “determina” o valor do “stressor” e os contornos fisiológicos da resposta de stresse.

8. A percepção de stresse é condicionada pela personalidade dos indivíduos.

9. O stresse suscita comportamentos de *coping* por parte das pessoas. O *coping* medeia a relação entre os “stressores” e os efeitos da resposta de stresse.

10. O suporte social medeia o stresse, ao atenuar os efeitos da resposta de stresse.

11. O stresse acontece num contexto de trocas e influências recíprocas entre o ambiente e o indivíduo, o que implica estudar o curso e desenvolvimento desse processo de trocas.

12. O conceito de stresse instaura uma revolução na própria Medicina, ao acrescentar um novo paradigma ao pensamento médico (Cf. Quadro 3): “uma nova noxa – a sobrecarga, um novo alvo – o organismo na sua totalidade, uma nova resposta – o síndrome geral de adaptação” (Mota-Cardoso, 1997, p. 3; 2000).

### Quadro 3. Paradigmas médicos

(Adaptado de Mota-Cardoso, 2000, p. 3; 1997)

Agente	Alvo	Resposta
Trauma	Célula/Tecido	Cicatrização (Virchow)
Infecção	Órgão/Sistema	Defesa imunitária (Pasteur e Kock)
Emoção	Sistema Nervoso Central	Homeostase (Cannon)
"Stressor"	Organismo	Síndrome Geral de Adaptação (Selye)

O stresse pode então ser definido como um estado de desequilíbrio psicofisiológico, originado pela percepção de uma discrepância entre exigências ambientais e a capacidade individual para lidar com elas, e que pode pôr a pessoa em risco de adoecer (Lazarus, 1999; Weiss e Lonnquist, 1996; Cohen e col., 1995; Coyne e Lazarus, 1980).

A Figura 3 procura representar esquematicamente o stresse, nos seus processos e constituintes, e resulta do cruzamento de vários modelos esquemáticos do stresse psicossocial (Ramos, 2004; 2001; 1999; Thurin, 2003; Brunner e Marmot, 1999; Weiss e Lonnquist, 1996; Cohen e col., 1995; Mota-Cardoso, 1984). Serve para melhor suportar a explanação dos processos e interrelações que acontecem quando uma pessoa está em stresse.

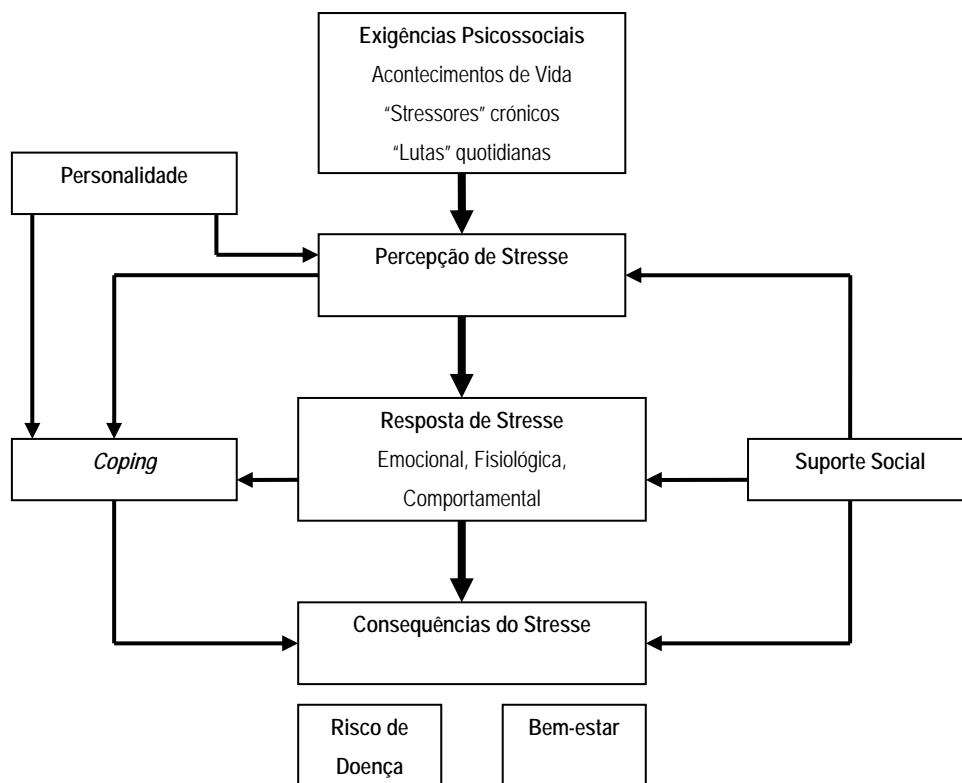
Quando as pessoas se confrontam com determinadas exigências ambientais – sejam elas AV, crónicas ou as “lutas” e “brigas” do dia-a-dia – realizam dois julgamentos em simultâneo: por um lado, avaliam se essas exigências acarretam alguma ameaça ao seu bem-estar e, por outro, avaliam se dispõem de recursos adaptativos adequados para lhes fazer face. Se as pessoas consideram que as exigências ambientais não são ameaçadoras, ou sendo-o, julgam-se capazes de as enfrentar e solucionar, então a interacção com o



ambiente é considerada benigna. Se as exigências ambientais são consideradas ameaçadoras e ao mesmo tempo os recursos de *coping* e sociais inexistentes ou ineficazes, as pessoas percebem-se em stresse.

A avaliação cognitiva é um processo central nas experiências individuais de stresse, na medida em que ela determina, desde logo, se um dado encontro com condições ambientais “stressoras” é ou não é stresse – percepção de stresse –, bem como as emoções que a pessoa experimentará, os mecanismos de *coping* que utilizará e o resultado, para o seu bem-estar, desse encontro de stresse.

Figura 3. Esquema heurístico dos processos de stresse psicossocial



A percepção de stresse é influenciada tanto pela personalidade da pessoa, como pelo suporte social que ela julgar estar disponível. Uma pessoa com elevada robustez de carácter e que saiba que existem à sua volta pessoas com quem contar perceber-se-á menos em stresse que uma outra Tipo A e que se julgue sozinha no mundo.

A percepção de stresse desencadeia a resposta de stresse, nas suas dimensões emocional, fisiológica e comportamental. A dimensão emocional da resposta de stresse assume particular importância, pois ela “modela” a qualidade e intensidade das respostas fisiológica e comportamental concomitantes.

A percepção de stresse é ainda responsável pela selecção e execução dos comportamentos de *coping* a utilizar face aos “stressores”. Se as pessoas pensam possuir as perícias e recursos adequados para satisfazer uma determinada exigência ambiental, envolver-se-ão mais provavelmente em estratégias de *coping* instrumentais e de confrontação. Pelo contrário, se se julgarem incapazes de corresponder aos problemas com que se confrontam, optarão mais provavelmente por actos de *coping* paliativo ou de evitamento. Importa referir que amiúde não é a percepção de stresse que faz emergir os comportamentos de *coping* mas sim a própria resposta de stresse. Ou seja, é o corpo afectado pela resposta de stresse, o organismo em desequilíbrio psicofisiológico, que impulsiona os indivíduos a fazer algo para recuperar o equilíbrio e o bem-estar. Naturalmente, o *coping* utilizado por cada pessoa resulta também das suas características de personalidade.

O resultado da acção (ou inacção) do *coping* assume um importante papel nas consequências do stresse para a saúde individual. O *coping* ineficaz poderá reforçar a percepção de stresse e a subsequente resposta de stresse, aumentando dessa forma o risco de doenças. Um *coping* eficaz, por seu lado, poderá resolver a discrepância percebida subjacente ao stresse, reduzindo a

percepção de stresse e remindo as respostas de stresse. Nesse sentido, o *coping* pode transformar o stresse vivido pelas pessoas num factor de salutogénese (Antonovsky, 1994; 1988), ou seja, de desenvolvimento pessoal pela construção da saúde individual.

A resposta de stresse manter-se-á até que a acção do “stressor” termine ou a relação da pessoa com o ambiente deixe de ser percebida enquanto stresse. Caso a resposta de stresse se mantenha, pode degenerar em doença física ou psicológica, sobretudo se as descargas neuroendócrinas se mantiverem intensas, duradouras ou frequentes.

### 3 Considerações Teórico-Metodológicas no Estudo dos Acontecimentos de Vida

Sabemos que da essência da investigação científica fazem parte duas componentes: o potencial avanço no conhecimento da questão em estudo e a constatação das suas limitações e circunscrições que poderão ser posteriormente motivo de novas investigações. É assim em todas as áreas da investigação, é também assim que tem sucedido com o estudo dos acontecimentos de vida.

No capítulo anterior e de uma forma cronológica detivemo-nos nas questões teórico-metodológicas que envolveram a evolução do estudo dos acontecimentos de vida. Interessará, no momento, sistematizar os conhecimentos conceptuais e metodológicos dos acontecimentos de vida. No entanto, importa confrontar esta sistematização com aquilo que lhe deu origem (os seus antecedentes), descrita detalhadamente aquando das perspectivas teóricas sobre o stress (Cf. Capítulo 2).

#### 3.1 Conceito de acontecimento de vida

Segundo Holmes e Rahe (1967), acontecimentos de vida serão as experiências objectivas que perturbam ou ameaçam romper as actividades habituais do indivíduo, causando um reajustamento substancial no seu comportamento.

No mesmo sentido, Dohrenwend e Dohrenwend (1974[a]; 1974[b]; Dohrenwend e col., 1978) definiram os AV como ocorrências objectivas de magnitude suficiente para mudar as actividades usuais da maioria das pessoas.

Por outro lado, Brown (1978) entende que os acontecimentos de vida são os problemas de vida que desencadeiam emoções intensas (independentemente da sua natureza).

Deduzimos das definições acima descritas duas componentes fulcrais dos acontecimentos de vida: por um lado, é um fenómeno discreto, descontínuo, transversal à vida do indivíduo e, por outro lado, simboliza uma mudança, uma alteração no curso da vida. Estas alterações afectam o equilíbrio global da pessoa, exigindo-lhe um esforço de readaptação.

As mudanças que as pessoas experimentam no decurso do ciclo de vida (normativas) tais como o casamento, a promoção ou a perda do emprego, o nascimento de um filho mas também as experiências menos comuns ou extremas (não normativas) como a guerra e as catástrofes naturais, são exemplos de acontecimentos de vida.

### 3.2 Natureza dos acontecimentos de vida

Quando nos dedicamos ao estudo dos acontecimentos de vida uma questão se coloca: quais ou que tipo de acontecimentos devemos seleccionar?

A literatura científica tem apontado questões relativas à natureza dos acontecimentos que necessitam de ser, aqui, distinguidas.

Em primeiro lugar, a escolha dos acontecimentos deve ter em conta os períodos do ciclo de vida dos indivíduos – infância, adolescência, adultez e velhice.

No mesmo sentido, a selecção dos acontecimentos deve atender à especificidade sociocultural do meio onde se vai desenvolver o estudo. Já anteriormente fizemos notar a importância da variação sociocultural na determinação dos acontecimentos.

Similarmente, os acontecimentos devem retratar as diversas áreas de vida dos indivíduos. Habitualmente distinguem-se em família, profissão, finanças, residência, relacionamentos, educação, religião, lazer e saúde.

Por outro lado, deve-se fazer representar todas as classes sociais. Aneshensel (1992) refere-se à sub representação das classes pobres.

Outras diferenciações sociodemográficas devem também fazer-se aquando da selecção dos acontecimentos de vida: representar tanto homens como mulheres, incluindo os acontecimentos mais característicos de ambos (também aqui se verificou a sub-representação de acontecimentos que sucedem exclusivamente ou maioritariamente às mulheres; Aneshensel, 1992).

Questões socialmente controversas mas comuns devem também estar representadas nos instrumentos de recolha de dados sobre acontecimentos de vida, uma vez que ocorrem com frequência na vida dos indivíduos: a infidelidade conjugal e o aborto são exemplos dessas questões (McClean e Link, 1994).

Outra questão relacionada com a natureza dos AV é a sua desejabilidade ou indesejabilidade. É importante equacionar igualmente acontecimentos positivos (desejáveis) e negativos (indesejáveis). A crítica efectuada a algumas escalas nomeadamente à SRRS foi a inclusão maioritária de acontecimentos

negativos. Por outro lado, a SRRS continha alguns itens ambíguos, isto é, com características positivas e negativas o que torna difícil a sua distinção (McLean e Link, 1994).

O conjunto de acontecimentos a estudar deve englobar também os “não acontecimentos” que são aqueles acontecimentos desejáveis ou esperados mas que não acontecem (por exemplo, querer engravidar e não o conseguir). Gersten (1974) alerta-nos para a frequente omissão de “não acontecimentos” na maior parte das escalas.

Outra questão fundamental é a da independência do acontecimento. Tanto em relação a outros acontecimentos como em relação ao início da doença. Quando nos dedicamos ao estudo da relação entre acontecimentos e doença importa clarificar ou mesmo excluir os acontecimentos contaminantes, isto é, aqueles que podem ser confundidos com os sintomas ou os efeitos da doença (Hudgens, 1974). Uma forma de contornar este problema é considerar apenas os períodos anteriores à doença. Por outro lado, os acontecimentos nem sempre ocorrem independentes uns dos outros – estão muitas vezes interrelacionados. Para que não suceda um aumento artificial da sua frequência (ao incluir todos) ou uma diminuição (se os juntarmos num só), interessa conseguir distingui-los.

Por último, devemos apenas analisar os acontecimentos directamente experimentados pelo indivíduo? Ou devemos incluir aqueles que acontecem aos outros (próximos) e que indirectamente o sujeito também vivencia? Pensava-se que apenas os acontecimentos com impacto directo no sujeito se deviam equacionar; no entanto, como nos referem McLean e Link (1994) houve evidências de que os acontecimentos ocorridos a pessoas significativas (rede social próxima) podem ser particularmente importantes na sua relação com a doença. Deduzimos que ao abordar a questão dos acontecimentos de vida devemos equacionar aqueles que acontecem ao sujeito de uma forma directa e

aqueles que acontecem aos seus próximos e que de uma forma indirecta ele os vive.

### 3.3 Dimensões dos acontecimentos de vida

Interessa determo-nos nas dimensões constituintes ou qualidades dos acontecimentos de vida que se relacionam intrinsecamente com a natureza dos acontecimentos. Para mais a investigação focalizou nelas a sua atenção para inferir o seu valor preditivo na doença.

#### 3.3.1 Mudança *versus* Indesejabilidade

Será que é a mudança, isto é, a quantidade de reajustamento exigido ao indivíduo pelo acontecimento que determina a perturbação? Holmes defendia que sim, entendendo que quanto maior for o número de mudanças (positivas e negativas) experimentadas pelo indivíduo, maior o desgaste e com maior probabilidade ocorrerá doença (Holmes e Masuda, 1974). No entanto, outras investigações, nomeadamente de Hudgens (1974), demonstraram que quanto mais grave ou numerosos forem os acontecimentos indesejáveis, mais debilitada ficará a pessoa dando origem à perturbação. Por outro lado, outros estudos indicam que os acontecimentos desejáveis não se correlacionam ou correlacionam-se pouco com o aparecimento da perturbação (Muller, 1977 e Tausig, 1982 in Barbosa, 1983). Aqui a tónica é posta na desejabilidade/indesejabilidade e já não, apenas, na quantidade da mudança.



### 3.3.2 Acontecimentos Controláveis *versus* Acontecimentos Incontroláveis

Estudos sugeriram que os acontecimentos incontroláveis se relacionam mais com o aparecimento da perturbação do que aqueles que são controláveis, nomeadamente no que diz respeito à perturbação depressiva (Barbosa, 1983). Contudo, o mesmo não se verificou com outras variáveis dependentes como a esquizofrenia e o mau estar psicológico geral – os resultados da associação acontecimentos incontroláveis/perturbação eram bastante inconsistentes (Barbosa, 1983).

### 3.3.3 Acontecimentos Esperados *versus* Acontecimentos Não Esperados

Apesar do seu estudo requerer ainda maior sistematização há indicadores de que a antecipação é uma importante qualidade dos acontecimentos de vida. Glass e Singer (1972 in Thoits, 1983) demonstraram que os acontecimentos imprevisíveis provocavam mais transtorno que os previsíveis. Pearlin e Lieberman (1979 in Thoits, 1983) constataram, também, que os acontecimentos não esperados tendem a aumentar o mau estar psicológico, enquanto que os esperados não estavam relacionados com ele.

### 3.3.4 Acontecimentos Major *versus* Minor

Para Holmes e Masuda (1974) um acontecimento major é aquele que requer grande quantidade de reajustamento por um longo período de tempo (pois é aí que reside a magnitude do acontecimento). Para Brown (1989), que distingue os acontecimentos em severos e não severos, um acontecimento major será aquele que é ameaçante a longo prazo (severo). Deduzimos, então, que o

acontecimento major se caracteriza pelo impacto a longo prazo (presente nos dois autores).

### 3.4 Métodos usados no estudo dos acontecimentos de vida

No campo de investigação dos acontecimentos de vida podemos distinguir quatro métodos de recolha de dados mais frequentemente utilizados:

- 1) A entrevista para detecção de acontecimentos
- 2) Listagem de acontecimentos, determinados por estudos exploratórios, administrados sob a forma de auto-questionários.
- 3) Entrevista em profundidade a partir de uma lista de acontecimentos
- 4) Entrevista semi-estruturada a partir de uma lista de acontecimentos

### 3.5 Mensuração dos acontecimentos de vida

São quatro as técnicas habitualmente utilizadas na medição dos acontecimentos de vida:

- 1) Escalas de consenso, como a SRRS de Holmes e Rahe (Cf. Perspectiva Ambiental ou Social), em que se pede a um número significativo de pessoas (juízes) para cotar a mudança provocada por cada acontecimento estimando-se, posteriormente, a média de cada um. Por um lado evitam-se os enviesamentos de uma avaliação individual mas, por outro, ao atribuir-se um peso standard (por

consenso) ao acontecimento sem contemplar as suas circunstâncias, poderá incorrer-se noutra enviesamento.

2) Classificações dos acontecimentos em dimensões globais que caracterizam o acontecimento em geral e não a sua ocorrência particular (Cf. dimensões dos AV).

3) Avaliação contextual da ameaça de Brown (Cf. Perspectiva Ambiental ou Social). Analisam-se as circunstâncias em que ocorreu o acontecimento sem, no entanto, atender à reacção subjectiva do indivíduo que o vivenciou. "Parte de pressuposto de que para se perceber o elo entre "stressores" e depressão teremos que conhecer o significado dos "stressores": o que se consegue não de uma forma directa, interrogando o entrevistado, mas indirectamente usando o investigador como instrumento de medida. É ele que vai avaliar o grau de ameaça esperado dos stressores no âmbito do contexto geral de vida particular de cada indivíduo" (Barbosa, 1986, p.63). Esta técnica revelou-se adequada ao estudo dos AV contudo, enferma de um excessivo dispêndio quer de tempo quer de meios humanos.

4) Avaliações pessoais subjectivas dos acontecimentos produzidas pelo sujeito que experimentou o acontecimento. A investigação mostrou que a população doente tendia a cotar os acontecimentos como mais "stressantes" do que a população não doente. Utilizando esta técnica a associação entre acontecimentos de vida e doença pode ser contaminada por cotações enviesadas dos acontecimentos: "há um grande risco de que o sujeito que adoeceu depois do acontecimento, possa avaliá-lo retrospectivamente como stressante" (Barbosa, 1986, p. 64). É aceite que esta técnica deve ser evitada com excepção dos estudos prospectivos.

Cada uma das técnicas apresenta limitações: as escalas de consenso e a classificação por dimensões são menos profundas enquanto que as avaliações estão mais sujeitas aos enviesamentos. A escolha da técnica a utilizar deverá atender sobretudo ao objectivo do estudo.

#### 4 Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stresse na Aduldez

A relação entre experiências ocorridas na infância e o seu impacto na saúde mental adulta tem sido muito teorizada e é bastante conhecida. Com efeito, algumas das principais correntes psicológicas situaram na infância a origem primeira quer do ajustamento psicológico quer da psicopatologia dos adultos. A psicanálise de Freud procurava os traumas da infância para explicar e curar as neuroses ou psicoses da adultez (Jones, 1977). O behaviorismo de Watson conseguiria “fazer” adultos doentes ou saudáveis consoante as experiências da infância, em concreto: as aprendizagens delas decorrentes (Wixted e col., 1990). A terapia cognitiva de Beck identificava nas experiências precoces, sobretudo aquelas com adultos significativos (como os pais) a formação dos esquemas cognitivos que iriam governar as percepções, interpretações e atribuições, doentes ou saudáveis, ao longo da vida (Beck e col., 1982). De acordo com a teoria da vinculação de Bowlby (1992), a adaptação ou desajustamento adulto estaria intimamente associado à vinculação, segura ou insegura, estabelecida com a mãe durante a infância. Correntes e teorias psicológicas não oferecem dúvidas quanto à importância decisiva da “qualidade” da infância na influência sobre o resto da vida, e em concreto sobre a adultez.

Nenhum daqueles modelos, porém, utiliza o conceito de stresse na equação experiências da infância – psicopatologia da adultez<sup>5</sup>. No entanto, não só o stresse tem sido identificado como um *ímpeto de desenvolvimento* (Aldwin,

---

<sup>5</sup> Das abordagens referidas, apenas o modelo da terapia cognitiva de Beck utiliza o conceito de stresse, enquanto causa de psicopatologia. As outras, pelo contrário, não lhe fazem referência, quer por serem anteriores à visão unificadora do stresse, quer por serem paralelas, do ponto de vista conceptual.

1994), o que nos faz supor que ele pode desempenhar um papel importante na ligação entre a infância e a adultez (isto é, no desenvolvimento da pessoa), como vários estudos têm investigado a relação entre experiências na infância e psicopatologia ulterior, nomeadamente na idade adulta. De um modo geral, estes estudos distribuem-se por dois grandes domínios: experiências laboratoriais de psicobiologia (com humanos e outros animais) e estudos sociológicos e epidemiológicos. Procuramos dar conta de uns e de outros, resumidamente, no texto que se segue.

## 4.1 Estudos laboratoriais de psicobiologia

### 4.1.1 Estudos de handling ou manipulação experimental com animais

Mota-Cardoso (2000) situa nas experiências de Levine um dos momentos inauguradores das investigações psicobiológicas relativas à influência de acontecimentos de stresse vividos na infância sobre o funcionamento e psicopatologia na adultez. Este tipo de pesquisas laboratoriais, com animais de experiência, inscreve-se na abordagem fisiológica do stresse e utiliza o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (ou eixo HPA<sup>6</sup>) enquanto indicador de stresse (Cohen e col, 1995), na linha dos estudos de Selye. Importa recordar que o eixo HPA é o responsável pela secreção das hormonas do stresse e, portanto, uma das estruturas neuroendócrinas (biológicas) mais intimamente associadas ao stresse.

---

<sup>6</sup> "Eixo HPA" provém da designação inglesa desta estrutura neuroendócrina: *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis*.

Levine inaugurou um procedimento experimental que consistia na separação de animais recém-nascidos das suas mães, por um período de tempo moderado (15 minutos), repetida diariamente durante as primeiras semanas de vida das crias, com consequentes análises comportamentais e hormonais, tanto nas crias como nas mães. Estas experiências ficaram conhecidas como "*handling*" ou "manipulações experimentais" (Mota-Cardoso, 2000; Levine e Coe, 1985). As experiências de *handling* têm ocupado um lugar cimeiro no estudo psicobiológico da influência da adversidade precoce sobre o funcionamento adulto, uma vez que "reproduzem" uma clara situação "stressora" (privação materna pós-natal) e permitem analisar a sua influência no desenvolvimento neuroendócrino e comportamental do indivíduo, em concreto: conhecer os efeitos biológicos e comportamentais a longo prazo da manipulação experimental da interacção mães-crias, e em particular o papel da mãe no desenvolvimento da regulação dos sistemas neuroendócrinos envolvidos na resposta de stresse da cria ao longo da vida. Estas manipulações da interacção mãe-cria têm sido replicadas e desenvolvidas, obedecendo ao formato original (acima descrito) e variando o tempo de separação (15 minutos, 30 minutos, 3 horas, 6 horas, 24 horas), a idade do animal bebé (do nascimento ao 21.º dia de vida) e o seu sexo (Daugé, 2003).

Os estudos pioneiros de *handling*, realizados por Levine, mostraram que a separação materna por períodos de tempo moderados nas primeiras semanas de vida produz mudanças salutaras aos níveis neuroendócrino, neuroquímico e comportamental na adultez dos ratinhos (Sapolsky, 1997). Em concreto, o *handling* provoca no futuro uma redução na activação do eixo HPA face a situações de stresse (isto é, menor reactividade fisiológica ao stresse). Por outras palavras, os ratos bebés "manipulados" durante alguns minutos por dia tornavam-se adultos mais resistentes ao stresse. Além desta menor reactividade ao stresse, os ratos "manipulados" no período pós-natal manifestavam na adultez (1)

menores *deficits* cognitivos associados ao envelhecimento, (2) menor degenerescência neuronal, (3) maior exploração de campo aberto (sinal de menor ansiedade), (4) maior controlo negativo por *feedback* dos glucocorticóides sobre o hipocampo e o eixo HPA, associado a maior número de receptores de glucocorticóides no hipocampo e menor produção de CRF no hipotálamo e (5) recuperação mais rápida para a linha de base de secreção de glucocorticóides após exposição a “stressores” (Daugé, 2003; Sapolsky, 1997).

A explicação neuroendócrina para aquelas consequências positivas prende-se com os efeitos dos glucocorticóides, que são libertados pelas glândulas supra-renais na resposta de stresse. Com efeito, o excesso de glucocorticóides na corrente sanguínea pode ser prejudicial para a saúde, nomeadamente ao nível do sistema nervoso, onde pode acelerar a perda de alguns tipos de neurónios no processo de envelhecimento (Sapolsky, 1997). Ora, o padrão de menor secreção de glucocorticóides nos ratos “manipulados” torna-os mais protegidos a estes efeitos deletérios. O mecanismo concreto deste processo tem a ver com o maior controlo negativo por *feedback* dos glucocorticóides, condicionado pelas experiências de *handling*. A privação materna precoce, temporária, moderada e diária, faz com que a tiróide dos ratos bebés liberte hormonas que vão activar a estimulação serotoninérgica no hipocampo; a serotonina provoca um aumento duradouro no número de receptores para os glucocorticóides nos neurónios do hipocampo (uma das funções do hipocampo consiste em mediar a inibição negativa por *feedback* de subsequente secreção de glucocorticóides). Ora, a maior densidade de receptores aumenta a sensibilidade do hipocampo para detectar glucocorticóides na corrente sanguínea, o que lhe “permite” efectuar uma regulação (por *feedback*) mais “apertada”, mais eficaz (Avishai-Eliner e col., 2001; Meaney e col., 2000; Sapolsky, 1997).



Para Levine, a manipulação dos recém-nascidos *per se* não actua directamente sobre as transformações neuroendócrinas duradouras observadas, e acima descritas, mas indirectamente, através do comportamento da mãe. Parece que a separação das suas crias provoca nas mães uma alteração comportamental que as faz lambem e “acariciar” mais os seus filhotes, quando eles regressam à gaiola maternal. Levine observou mesmo que o *handling* fazia dobrar o índice daqueles comportamentos das mães sobre os seus bebés (Sapolsky, 1997). A equipa de Levine testou esta hipótese seguindo todo o percurso de vida de ratinhos não manipulados, filhos de mães naturalmente mais “cuidadoras” e “reparadoras” (que “beijavam” e “acariciavam” mais). Eles observaram nestes ratos, quando adultos, as mesmas alterações registadas em ratos adultos manipulados. (Sapolsky, 1997). Assim, no que às experiências de manipulação infantil de ratos de laboratório diz respeito, parece que, mais do que a privação materna controlada, o que interessa é o estilo maternal de subsequente recepção e “reparação” dos ratinhos. Na realidade, parecem ser os cuidados maternos após a reunião com as crias os responsáveis pela “programação”, nestas últimas, das repostas comportamentais ao stresse, ao longo da vida (Hsu e col., 2003). Aparentemente, esta “programação” é concretiza-se pela modificação do desenvolvimento dos sistemas neuronais que medeiam a resposta de medo (Caldji e col., 1998).

Concluindo, condições “stressoras” moderadas na primeira infância de animais de experiência tornam-nos adultos mais resistentes ao stresse, na medida em que condicionam de modo permanente uma activação diminuída do eixo HPA. Ou seja, o stresse moderado na primeira infância “inocula” neuroendocrinamente o organismo ao stresse para o resto da sua vida. Mas o que dizer de condições “stressoras” já não moderadas, mas severas?

Os estudos de *handling* mostraram também que ratos recém-nascidos sujeitos a “stressores” mais violentos ou traumáticos desenvolvem no futuro uma resposta aumentada do eixo HPA, com maior secreção de glucocorticóides, a novas situações de stresse. Ratinhos sujeitos a manipulações experimentais mais severas, como privação materna superior a 3 horas (Daugé, 2003), terão menor número de receptores para glucocorticóides no hipocampo, hipotálamo e córtex frontal, e serão menos capazes de se restabelecer de uma resposta glucocorticóide ao stresse (Bremner e Vermetten, 2001).

A privação materna prolongada afecta também o desenvolvimento cerebral dos animais recém-nascidos, nomeadamente ao nível do hipocampo, região do cérebro envolvida na aprendizagem e na memória<sup>7</sup>. O stresse severo precoce resulta em lesões no hipocampo, em especial na diminuição das ramificações dendríticas e mesmo na perda de alguns neurónios, bem como na inibição da regeneração neuronal. Assim, os estímulos adversos violentos na infância parecem acarretar *deficits* de memória e de aprendizagem nos ratos adultos (Bremner e Vermetten, 2001). Estes dados mostram que a influência do *handling* ultrapassa as alterações conhecidas ao nível do eixo HPA (Hsu e col., 2003; Meaney e col., 2000), chegando a interferir na plasticidade neuronal do cérebro (Sapolsky, 2003). Com efeito, a privação adversa da mãe parece “programar” a sensibilidade de alguns neurotransmissores cerebrais (Gartside e col., 2003) e influenciar a diferenciação de neurónios noradrenérgicos (Liu e colaboradores, 2000).

Bremner e Vermetten (2001) enunciam algumas mudanças comportamentais presentes na idade adulta de ratos bebés expostos a “stressores” severos: “inibição” (*freezing*); medo sobressaltado; analgia; hiper-

---

<sup>7</sup> Nos roedores, o hipocampo é particularmente sensível aos “bombardeamentos” de glucocorticóides, mais do que nos primatas (Bremner e Vermetten, 2001)

activação fisiológica; inquietação nervosa; motilidade gastrointestinal amplificada; redução de ingestão alimentar; aumento de defecação; perturbações do sono; *deficits* de memória e atenção; e evitamento de novos estímulos.

Os efeitos da privação materna severa parecem não se expressar de modo homogêneo ao longo de diferentes períodos de vida dos ratos: eles são mais intensos na adultez (uma vaga de maior produção de corticosteróides aos 12 meses) e na senescência (forte redução na produção de corticosteróides por volta dos 30-32 meses) (Workel e col., 2001).

As experiências de *handling* fornecem ainda informação que não pode ser dispensada, relativamente aos efeitos da ausência do mesmo sobre o desenvolvimento neuroendócrino da resposta de stresse nos ratos adultos. Com efeito, ao compararem os resultados observados em ratos manipulados (moderada ou severamente) com grupos de controlo de ratos não manipulados, os investigadores puderam observar que estes últimos se tornam mais reactivos ao stresse que ratos manipulados temporária e moderadamente, e menos reactivos ao stresse que ratos manipulados severamente. Porém, esta ideia foi também testada experimentalmente, resultando em evidências de que a ausência de *handling* parece condicionar uma redução do número de células no hipocampo do rato adulto (Mota-Cardoso, 2000).

Resumindo:

(1) ratos bebés sujeitos a um “stressor” moderado (privação materna de 15 minutos) desenvolvem menor reactividade fisiológica ao stresse ao longo da vida (eixo HPA e concomitante diminuição de secreção de glucocorticóides);

(2) ratos bebés sujeitos a um “stressor” severo (separação da mãe por mais de 3 horas) tornam-se adultos fisiologicamente mais reactivos ao stresse, com *deficits* cognitivos e maior degenerescência neuronal;

(3) ratos bebés isentos da acção de “stressores” (moderados ou severos) tornam-se adultos nem tão resistentes nem tão reactivos ao stresse.

As conclusões das experiências de manipulação incidem unicamente na reactividade fisiológica a agentes geradores de stresse. Meerlo e colaboradores (1999), por exemplo, verificaram que os ratos manipulados não se distinguiram de ratos não manipulados no que respeita às estratégias de *coping* utilizadas em adultos (testes de campo aberto, de medo condicionado a alturas, e de choques eléctricos). A única diferença constatada por aqueles investigadores – e consistente com os resultados previamente avançados pelas experiências de *handling* – reside no facto de os ratos adultos (3-4 meses de vida) manipulados em bebés serem menos ansiosos, ou seja, revelarem índices mais baixos de ansiedade induzida pelo stresse.

As experiências adversas precoces parecem, então, provocar mudanças neuroendócrinas persistentes ao longo da vida dos ratinhos, as quais se mantêm latentes até serem estimuladas por stresse induzido na idade adulta (Stewart e col., 2004).

Os estudos de manipulação experimental de animais recém-nascidos vieram demonstrar que a estimulação ambiental no início da vida – nomeadamente no que respeita às condições em que os animais bebés são criados – pode influenciar o seu desenvolvimento subsequente e resultar em permanentes alterações fisiológicas e comportamentais na sua fase adulta (Meerlo e col., 1999). A partir destes estudos, e das teorias que eles permitem sustentar, a questão óbvia coloca-se: aplicar-se-á o *handling* aos humanos? A

questão merece ser subdividida em dois domínios: um, respeitante à aplicabilidade a seres humanos dos resultados das experiências de manipulação em animais; o outro, relativo à possibilidade de replicar aquelas experiências com pessoas, utilizando as metodologias das ciências sociais. No entanto, uma terceira linha de inquirição surge, algures numa posição intermédia entre as duas primeiras: o estudo dos efeitos da adversidade precoce em pessoas, sem recurso a manipulações experimentais, mas através de medições psicobiológicas laboratoriais na idade adulta. Começaremos por abordar esta última questão, para depois nos determos na questão da aplicabilidade dos resultados, e por fim na questão do método.

#### 4.1.2 Estudos de psicobiologia com humanos

A investigação psicobiológica dos efeitos da adversidade na infância sobre a psicopatologia na idade adulta combina procedimentos metodológicos próprios das ciências sociais (como a utilização de questionários de auto-resposta ou o recurso a entrevistas) e das ciências fisiológicas (como a tomada de medidas hormonais a partir de amostras de sangue). A adversidade na infância não é provocada experimentalmente (o que seria inaceitável, com humanos) mas aproveitada em amostras de pessoas sujeitas a acontecimentos adversos precoces, como o abuso sexual ou a morte dos pais. As medidas fisiológicas são escolhidas de acordo com as variáveis dependentes que se pretendem estudar, e de acordo com o modelo teórico que se pretende testar, e habitualmente incidem nas hormonas do stress (como a CRF, o ACTH ou os corticosteróides), tal como nos estudos de *handling*. Dada a natureza das variáveis dependentes, estes estudos são também designados de neuroendócrinos ou psiconeuroendócrinos. A literatura designa-os ainda por “estudos clínicos” (os sujeitos são pessoas), por

oposição aos de *handling*, denominados de “pré-clínicos” (os sujeitos são animais).

Os estudos neuroendócrinos com indivíduos humanos têm fornecido resultados coerentes com os modelos animais decorrentes dos estudos de manipulação experimental ou *handling*. Ou seja, a adversidade na infância humana afecta a reactividade fisiológica ao stresse na adultez. Nos seres humanos, a adversidade severa na infância faz aumentar o risco do desenvolvimento de perturbações de humor (ex., depressão) e de ansiedade (ex., distúrbio de stresse pós-traumático) na idade adulta (Heim e col., 2001). Alguns estudos têm demonstrado que a negligência grave e os maus-tratos físicos e sexuais precoces provocam ulteriores respostas aumentadas do eixo HPA e um padrão de secreção mais elevada de glucocorticóides na idade adulta (Gunnar, 2003).

O primeiro estudo humano a demonstrar que o stresse violento na infância se relacionado com a sensibilidade persistente do eixo HPA e do sistema nervoso autónomo nas respostas de stresse de pessoas adultas, foi publicado há apenas quatro anos (Heim e col., 2000). Heim e colegas (2000) estudaram quatro grupos de mulheres distribuídos segundo existência de depressão e de abuso na infância: 12 sem uma nem outro, como grupo de controlo; 13 deprimidas e com história de abuso sexual ou físico em criança; 14 sem depressão mas abusadas física ou sexualmente em criança; e 10 com diagnóstico de depressão mas sem terem sido abusadas na infância. Os quatro grupos de mulheres eram sujeitas em laboratório a um “stressor” psicossocial padronizado e depois eram-lhes avaliados os níveis de ACTH e de cortisol e a frequência cardíaca. As mulheres com história de stresse severo precoce, sem distúrbio depressivo actual, mostravam possuir uma reactividade aumentada da glândula pituitária face ao “stressor” laboratorial. Para o grupo de investigadores, este facto poderia reflectir uma vulnerabilidade

biológica a doenças psiquiátricas relacionadas com o stresse, ainda que não dependesse unicamente dos acontecimentos de stresse da infância, mas também de características genéticas e da ocorrência de “stressores” recentes. A combinação destes factores pode resultar num aumento da actividade neuronal da CRF quando as mulheres são expostas a “stressores”, podendo subsequentemente resultar sintomatologia depressiva e ansiosa. Os investigadores verificaram, por outro lado, que as mulheres deprimidas sem experiências adversas na infância mostravam uma normal reactividade ao stresse. Concluindo, este estudo pioneiro veio demonstrar que também nos humanos se assiste a alterações persistentes na reactividade ao stresse em função de acontecimentos adversos na infância (Heim, 2000).

Estudos posteriores, bem como outras pesquisas em áreas adjacentes (por ex., neuropsiquiatria), têm reforçado a ideia de que as experiências adversas da infância se relacionam com alterações persistentes de estruturas e funções neurobiológicas, tais como os sistemas glucocorticoidal, noradrenérgico e vassopressínico de resposta de stresse (Teicher e col., 2002) e a redução do volume do hipocampo (Bremner, 1999). A resposta neuroendócrina ampliada, associada a acontecimentos adversos futuros, relaciona-se com o aumento de risco psicopatológico (Heim e col., 2002; Heim e Nemeroff, 2001), tais como distúrbio de stresse pós-traumático, depressão, sintomas de défice de atenção/hiperactividade, distúrbios de personalidade, de identidade dissociativa e de abuso de substâncias (Taicher e col., 2002).

Os resultados das experiências de *handling* com animais encontram nos resultados destas pesquisas um paralelismo significativo. Ainda que as especificidades do *handling* não se apliquem aos humanos, a questão mais geral que destaca a importância das experiências precoces da infância aplica-se com toda a certeza (Sapolsky, 1997). Assim, as manipulações experimentais podem

constituir-se enquanto modelos animais válidos de como a adversidade psicossocial em humanos pode criar menor resistência ao stress ao longo da vida e desenvolver maior vulnerabilidade a distúrbios afectivos (Gunnar, 2003; Heim e col, 2002).

Apesar das virtudes e da utilidade heurística dos modelos animais, Bremner e Vermetten (2001) apontam-lhes três limitações: (1) a adversidade nos humanos é bastante mais complexa que a manipulação laboratorial dos ratos (tem que ver com factores sócio-culturais, com a família, como *coping*, etc.); (2) os períodos da infância humana em que o stress severo se possa fazer sentir acarretam resultados diferentes, com o stress mais precoce a causar distúrbio de personalidade e problemas dissociativos, e mais tarde a provocar ulteriores respostas de stress hiper-aumentadas; e (3) os ratos não têm a complexidade cerebral dos humanos. A observação destas limitações poderá evitar leituras reducionistas da realidade humana a partir destes modelos animais, ainda que não ameace a validade e utilidade dos mesmos.

Os modelos animais da influência do stress precoce sobre a reactividade ao stress e a patologia adultas seduziram mesmo alguns investigadores sociais. Há registo de tentativas das ciências sociais de encontrar resultados semelhantes da exposição ao stress precoce em crianças humanas, em condições que se aproximassem o mais possível daquelas do *handling*. Um grupo de antropólogos estudou diferentes culturas humanas e observou que a estatura média das amostras consideradas era maior nas culturas com procedimentos geradores de stress na infância (como a circuncisão e dormir separados dos pais) (Aldwin, 1994). No entanto, não é na busca da reprodução humana do *handling* que as ciências sociais se têm concentrado, no que à influência da adversidade da infância na saúde adulta diz respeito. Estamos em crer que além de outras motivações – o abuso na infância é um problema de saúde pública nos EUA



(Bremner e Vermetten, 2001) – os estudos de *handling* poderão ter sido uma inspiração para estudos sociais e epidemiológicos da influência das experiências adversas da infância sobre a saúde/doença adultas.

#### 4.2 Investigação social e epidemiológica

Os estudos pioneiros de George Brown sobre as origens sociais da depressão deram azo a um crescente interesse, por parte da comunidade científica, na compreensão da relação entre infância e adultez (Brown e Harris, 1978 in Brown, 1998). Numerosos estudos foram desenvolvidos evidenciando a ideia de que existe uma associação entre a adversidade ocorrida na infância e as consequências na saúde mental do adulto, nomeadamente a depressão. Estes estudos maioritariamente retrospectivos sofriam, no entanto, de três grandes limitações referidas consistentemente pela investigação (Kessler, 2000; Horwitz, 2001; Rutter, 1985). Consideramos pertinente referir sucintamente essas limitações para de seguida darmos conta do estado actual da investigação desta relação.

Em primeiro lugar, a maioria dos estudos não distingue os efeitos da adversidade na infância no início e no curso da depressão. Segundo Brown (1998), a adversidade na infância cria uma vulnerabilidade intra psíquica que leva a um aumento da reactividade emocional ao stress no adulto. Os investigadores defendiam que os acontecimentos precoces de perda influenciam não só o início precoce da depressão mas também influenciam uma vinculação perturbada que por sua vez poderá levar a uma reacção depressogénica a outras perdas que ocorram ao longo da vida. Assim sendo, a adversidade da infância associa-se não

só ao início da doença mas também ao seu curso (recorrência, número de episódios). Outros estudos, porém, mostram haver relação entre a adversidade e o início da doença mas não com o seu decurso (Thoits, 1983).

Em segundo lugar, a maior parte dos estudos centrou-se na depressão como única variável dependente assumindo implicitamente que os efeitos na saúde mental do adulto eram unicamente depressogénicos (Kessler, 2000). Apesar de alguns estudos sugerirem que as consequências na adultez das diferentes adversidades ocorridas na infância não são muito distintas, outros mostram o contrário, sugerindo a especificidade dos efeitos dos diversos acontecimentos (Rutter, 1989; 1987; 1985). O trabalho de Brown evidenciou efeitos distintos de determinadas adversidades, quer na depressão quer na ansiedade. Horwitz e colaboradores (2001) lembram que, para mais, utilizar diversas variáveis consequentes torna possível estabelecer comparações entre grupos sociais, nomeadamente entre homens e mulheres, que poderão reagir de formas distintas aos “stressores” da infância. A este propósito, Widom (1998) refere a escassez de estudos que comparam as consequências da vitimização infantil (mormente de abuso e negligência) em homens e mulheres e aponta a necessidade de utilizar maior variedade de variáveis dependentes.

A terceira limitação prende-se com o facto de muitos estudos se deterem numa única adversidade e fazerem interpretações dos resultados assumindo que os efeitos são devidos unicamente a ela. Como nos refere Kessler (2000) esta limitação é especialmente comum em estudos sobre os efeitos a longo prazo da vitimização na infância, concretamente do abuso sexual. Estes estudos sugerem que é o abuso sexual, mais do que grupos de adversidades associadas ao abuso, que leva a resultados adversos na saúde mental. No entanto, Brown e colegas (Bifulco e col., 1987) têm demonstrado através dos seus estudos sobre a perda na infância que o factor crítico da infância que parece estar ligado com a

depressão na adultez é a associação entre diferentes acontecimentos tais como o abuso e a negligência, e não cada um deles isoladamente. Kessler (2000) refere a este propósito que poucos são os estudos que investigam comparativamente os efeitos das diferentes adversidades e de como esses efeitos se combinam na promoção da depressão na adultez. Estes estudos concluem unanimemente que as adversidades na infância ocorrem habitualmente em cachos (*clusters*) tornando difícil precisar aquela que é a determinante crítica da doença na adultez.

O reconhecimento destas limitações alertou os investigadores para as questões a ter em conta em futuras pesquisas: (1) distinguir os factores de risco do início da doença e do seu curso; (2) examinar distintas perturbações (enquanto variáveis dependentes) e atender à co-morbilidade e (3) observar diferentes tipos de adversidades distinguindo os seus efeitos. De seguida damos conta de diversos estudos que, com o intuito de melhor compreender a relação existente entre a adversidade na infância e a perturbação na adultez, tentam ultrapassar algumas das limitações referidas.

Apesar da investigação ter vindo a mostrar que adversidade na infância tem efeitos a longo prazo na depressão do adulto, pouco se sabe ainda acerca do que envolve este processo. Kessler e colegas (Kessler, 2000; Kessler e col, 1997) desenvolveram um estudo com o intuito de compreender a forma pela qual a adversidade na infância afecta a depressão no adulto. A partir de um grande inquérito domiciliário realizado nos EUA estudam uma amostra de 3617 adultos com idades a partir dos 25 anos. Avaliam por um lado, a ocorrência de oito experiências adversas sucedidas antes dos 16 anos (morte da mãe, morte do pai, problemas conjugais entre os pais, divórcio parental, violência familiar, problemas de álcool na família, doença mental na família, falta de uma relação próxima com um adulto) e, por outro, a depressão através de uma entrevista diagnóstica. Os investigadores recolheram também informação sobre a idade do primeiro episódio

da doença, o número de episódios, o mais recente episódio e a sua duração. Dos resultados constatou-se que 5 das 8 adversidades estavam significativamente associadas com a depressão nos últimos 12 meses (problemas conjugais entre os pais, divórcio parental, violência familiar, problemas de álcool na família, doença mental na família); 7 das 8 tinham significativos efeitos na história de vida da depressão (a exceção era o divórcio parental); 5 das 8 tinham efeitos que diminuía com a idade na “predição” dos primeiros episódios do início da doença; estes 5 previam significativamente o início precoce da depressão (morte da mãe, morte do pai, violência familiar, doença mental na família, falta de uma relação próxima com um adulto). Apenas 3 das 8 adversidades prediziam a recorrência da depressão (doença mental na família, violência familiar e divórcio parental). Perante os resultados interessou investigar os efeitos dos mediadores. Para tal consideraram 12 potenciais mediadores na relação entre violência familiar na infância (por ser a única a ter um efeito independente na depressão recorrente do adulto) e depressão na idade adulta. Os mediadores incluíam três medidas sociodemográficas, três de rede e suporte social, três medidas de personalidade e três medidas de stress crónico, que investigações anteriores mostraram, por um lado, ser afectados pela adversidade na infância e, por outro lado, estarem significativamente associados com a prevalência de depressão na idade adulta. Verificou-se que apenas um dos mediadores – stress interpessoal crónico – estava consistentemente associado àquela relação.

Kessler (2000) questionou-se acerca da forma como este efeito mediador ocorre e avançou com eventuais explicações. Uma possibilidade explicativa é a violência ocorrida durante a infância fazer aumentar uma vulnerabilidade emocional a factores de risco da depressão recorrente à semelhança do que adiantou Rutter (1985), que a adversidade na infância pode promover a depressão no adulto fazendo aumentar a vulnerabilidade emocional a experiências “stressantes” na idade adulta. Os factores de vulnerabilidade intrapsíquica

que mais frequentemente têm sido apontados para explicar estes efeitos de exacerbação são os relacionados com o *self*, tais como a baixa auto-eficácia e baixa auto-estima e aqueles que se relacionam com a relação interpessoal, como a rede ou o suporte social (Brown, 1998; Bifulco e col., 2002). Outra possível explicação é a violência familiar na infância estar associada a factores de vulnerabilidade que aumentam a reactividade emocional ao stresse na adultez. Mas de que forma? Uma hipótese sugerida por alguns estudos é a violência familiar ocorrida durante a infância poder criar um estilo de vinculação perturbado que por sua vez faz aumentar a reactividade emocional ao stresse interpessoal (Kessler, 2000); outra hipótese é o stresse interpessoal da adultez activar memórias depressógenicas da violência na infância e, por último, uma terceira possibilidade prende-se com o facto da violência familiar precoce poder fazer aumentar a tendência para usar estratégias mal adaptativas para lidar com o stresse interpessoal. Kessler (2000) lembra que diversas pesquisas têm mostrado que crianças expostas a adversidade extrema utilizam com frequência estratégias, tais como a regressão, negação, repressão e a dissociação, para lidar com a ameaça daquele contexto mas que são mal adaptativas nos contextos interpessoais da adultez.

A este propósito importa referir um estudo desenvolvido por Leitenberg e colegas (2004) em que se avaliou a relação entre as experiências de abuso ocorridas na infância e/ou grande exposição a diferentes tipos de adversidades e as estratégias de *coping* de jovens adultos para lidar com novos “stressores”. Compararam-se estratégias de coping paliativo e instrumental em resposta a novos “stressores” entre grupos com nenhum, um, dois ou três tipos de adversidade na infância e/ou história de abuso (físico, sexual, presenciar violência doméstica, progenitor alcoólico e rejeição parental). Os investigadores constataram que a adversidade cumulativa e/ou a história de abuso na infância

está particularmente relacionada com as estratégias de *coping* mal adaptativas para lidar com novos “stressores” na idade adulta.

Hope e colegas (1998) num estudo longitudinal onde acompanharam uma amostra representativa nacional (da Grã Bretanha) até aos 33 anos, estudaram a relação entre a separação parental ocorrida na infância e problemas de alcoolismo em jovens adultos. Interessava aos investigadores distinguir dois tipos de separação parental – a provocada pelo divórcio dos pais e aquela provocada pela morte de um dos progenitores, bem como a altura da sua ocorrência. Ao estabelecerem dois momentos de observação (aos 23 e aos 33 anos) constataram que aos 23 anos a relação entre separação parental e consumo de álcool era fraca e inconsistente mas aos 33 anos a relação é forte e consistente. Altos níveis de consumo de álcool, alcoolismo e problemas com a bebida estão presentes nos indivíduos que experimentaram o divórcio parental na infância mas não naqueles que o experimentaram mais tardiamente ou aqueles que viveram a morte parental. Constataram ainda que factores mediadores tais como o estado civil e as circunstâncias socioeconómicas não atenuaram substancialmente estes resultados. Estes investigadores, ao concluírem que o risco associado com o divórcio parental precoce aumenta entre os 23 e os 33 anos, advertem para necessidade de identificar factores do decurso da vida que influenciem a manifestação de problemas de álcool em indivíduos com história de divórcio parental.

Mack (2001) analisou os diferentes efeitos das rupturas familiares da infância no bem-estar do adulto. O estudo difere de outros anteriormente efectuados porque estabelece comparações entre diferentes rupturas familiares, avalia os distintos efeitos ocorridos antes dos 19 anos e utiliza diversas medidas de avaliação do bem-estar do adulto enquanto variáveis dependentes. Foram efectuadas comparações entre adultos oriundos de famílias intactas, adultos que

experimentaram divórcio parental na infância e adultos que experimentaram morte parental na infância. Mack constatou que os adultos com divórcio parental ocorrido na infância apresentavam mais baixos níveis de qualidade da relação pais-filhos, mais altos níveis de auto-confiança e mais baixos níveis de depressão do que adultos que experimentaram morte parental durante a infância. O investigador reitera a ideia, já anteriormente referida, de que os estudos que não distinguem o tipo de ruptura familiar ocorrida na infância falham provocando conclusões erradas e imprecisas sobre os efeitos daqueles no adulto.

Um outro estudo em que os resultados também corroboram a relação entre adversidades particulares e particulares manifestações de perturbação na adultez foi o efectuado por Levitan e colegas (2003). Interessava aos investigadores examinar a influência da adversidade precoce nos distúrbios depressivos e ansiosos e o papel da co-morbilidade no seio dessa relação. Para tal, analisaram a força das associações entre abuso físico, abuso sexual e/ou *strain* parental durante a infância e a depressão, ansiedade e a co-morbilidade depressão/ansiedade. Compararam as adversidades entre indivíduos com depressão major e sem distúrbio ansioso, com indivíduos com um ou mais distúrbios ansiosos mas sem depressão major, indivíduos com co-morbilidade (depressão major e ansiedade) e um grupo de controlo. Os resultados mostraram diferenças altamente significativas da adversidade na infância nos quatro grupos analisados. Um dado curioso e robusto é a associação do abuso sexual na infância com a co-morbilidade depressão/ansiedade mas não com os distúrbios em separado ou "puros". Encontraram também uma forte associação entre o *strain* parental na infância e a depressão major.

Wilkins e colegas (2004), num estudo prospectivo que realizaram junto de mulheres desde a sua primeira consulta pré natal até aos 13 anos de idade dos filhos, tentaram conhecer os factores na infância precoce que influenciavam a

qualidade de vida relativa à saúde entre adolescentes. Constataram que a saúde física se relacionava com: a gestação, os sintomas de saúde da mãe durante a gravidez, a ansiedade maternal aos 6 meses e com os cuidados de saúde prestados até aos 5 anos de idade. Por outro lado, o bem-estar psicossocial relacionava-se com: a idade da mãe, a atitude da mãe perante a gravidez, a satisfação maternal dos cuidados prestados, a depressão maternal aos 6 meses e com a saúde e os problemas de comportamento da criança até aos 5 anos de idade. Este estudo, ao identificar “determinantes” na infância precoce sobre a qualidade de vida dos adolescentes, evidencia uma vez mais os efeitos da adversidade precoce no desenvolvimento da criança e sustenta a necessidade de uma efectiva intervenção precoce.

Outra constatação referida por alguns estudos diz respeito à influência que as transformações sociais que ocorrem ao longo dos tempos podem ter nesta equação. Dube e colegas (2003) estudaram a influência de diversas experiências adversas da infância (EAI) no risco de iniciação de consumo de drogas ilícitas, dependência de drogas e consumo parental. Verificaram existir uma forte relação entre aqueles. Os resultados sugeriram que os efeitos das EAI transcendem mudanças seculares, tais como, o aumento do acesso às drogas, as atitudes sociais face às drogas, o recente consumo massivo e as campanhas públicas de prevenção. Dube (2003) desenvolveu um outro estudo prospectivo partindo da hipótese que a relação entre as EAI e 6 problemas de saúde na idade adulta seria relativamente imune a influências seculares, apoiado em estudos recentes que comprovam efeitos neurobiológicos negativos dos “stressores” da infância no desenvolvimento cerebral (Dube, 2003). Os problemas de saúde considerados enquanto variáveis dependentes foram: a depressão, tentativas de suicídio, múltiplos parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, fumar e alcoolismo. De facto, o total de EAI aumenta o risco de cada um daqueles problemas de saúde de uma forma consistente e forte. Crescer com experiências



adversas na infância aumenta o risco de um maior número de comportamentos de saúde negativos. Por outro lado, os efeitos das EAI no risco de desenvolver problemas de saúde não são afectados por mudanças sociais ocorridas durante a vida dos indivíduos.

Ainda relativamente a diferenças de género, MacMillan e colaboradores (2001) ao analisarem a influência do abuso físico e sexual em psicopatologia diversa constataram que os homens abusados fisicamente têm maior grau de distúrbios de ansiedade, de abuso ou dependência alcoólica, comportamento anti-social e estão mais sujeitos a ter uma ou mais desordens do que aqueles sem história de abuso. As mulheres abusadas fisicamente estão mais sujeitas a deprimir (depressão major) e ao abuso/dependência de drogas ilícitas. Relativamente ao abuso sexual ocorrido na infância verificou-se uma forte associação com todas as desordens, nas mulheres vitimizadas enquanto que nos homens o abuso sexual se relaciona com o abuso/dependência alcoólica. Uma vez mais, os autores concluíram que o abuso na infância aumenta a possibilidade de psicopatologia no decurso da vida, sendo que esta associação é forte tanto nas mulheres como nos homens.

Como referimos anteriormente, aquando das limitações de alguns estudos, a distinção entre factores de risco do início da doença e os da sua persistência têm vindo, também, a ser alvo de interesse de estudos mais recentes. Gilman e colegas (2003) estudaram a influência do estatuto socioeconómico, da ruptura familiar e da instabilidade residencial ocorridos durante a infância no início, recorrência e remissão da depressão major em diferentes estádios de vida. Verificaram que um baixo estatuto socioeconómico, a ruptura familiar e uma elevada instabilidade residencial (três ou mais mudanças) se relacionam com um elevado risco de depressão durante a vida. Os efeitos da ruptura familiar e da instabilidade residencial estão mais relacionados com o início

da depressão aos 14 anos. Por outro lado, a adversidade na infância está igualmente relacionada com o aumento do risco da depressão recorrente e com a reduzida possibilidade da sua remissão. Turner e Lloyd (2004), da mesma forma, constataram que altos níveis de exposição a experiências adversas (sobrecarga de stresse) representavam um importante factor de risco no início do distúrbio depressivo e/ou ansioso. Kessler e colaboradores (1997) estudaram a associação entre 36 experiências adversas ocorridas na infância e o início e a persistência de psicopatologia na idade adulta. Das 26 adversidades incluíam-se acontecimentos de perda (ex. divórcio parental), psicopatologia parental (ex. depressão materna), traumas interpessoais (ex. violação) bem como outras adversidades como desastres naturais. Os autores confirmaram que as experiências adversas da infância estudadas se relacionam com o início de doenças de humor, de ansiedade, de adição e de impulsividade mas não com a sua persistência. Por outro lado, verificaram que *clusters* de adversidades da infância se associam fortemente com a co-morbilidade na idade adulta. Da mesma forma, Haatainen e colegas (2003) ao verificarem que indivíduos que sofreram três ou mais experiências adversas na infância, têm 2,79 (os homens) e 2,19 (as mulheres) mais probabilidade de sofrerem de desânimo na idade adulta (sem desordem mental) comparados com indivíduos que não tiveram EAI, sugerem que *clusters* de EAI podem ter efeitos a longo prazo que fazem aumentar o risco de desânimo na idade adulta. Os resultados destes últimos estudos referidos contrariam aqueles outros que postulavam efeitos únicos de determinada adversidade na infância em específicos distúrbios na idade adulta.

Da revisão bibliográfica realizada encontrámos também uma forte associação entre as experiências adversas da infância e o consumo de tabaco na adolescência e na idade adulta (Anda e col., 1999); o síndrome de dor crónica (Lampe e col., 2003); a génese do distúrbio de despersonalização (Simeon e col., 2001); o

distúrbio obsessivo compulsivo (Lochner e col., 2002); a dissociação somatoforme (Maaranen e col., 2004) e o decréscimo de optimismo (Korkeila e col., 2004).

Apesar da abundante evidência da relação entre adversidade na infância e “prejuízo” na adultez, estudos existem em que aquela associação é fraca ou mesmo não se verifica. Carette e colegas (2000) constataram que as experiências negativas da infância não se associam com o risco de desenvolver artrite reumatóide. No entanto, verificaram que o grupo de doentes (com artrite reumatóide) mostrava uma mais lenta adaptação aos efeitos dos acontecimentos adversos do que o grupo de controlo. Da mesma forma Yang e Clum (2000) ao estudarem a influência dos maus-tratos, instabilidade familiar e a pobreza durante a infância no comportamento suicida de jovens adultos verificaram uma relação somente moderada. Este estudo (que analisa também factores cognitivos) salienta, no entanto, um dado curioso: os acontecimentos negativos da infância têm um grande impacto nos deficits cognitivos que por sua vez têm um grande impacto no comportamento suicida. Um outro estudo (Horwitz e col., 2001) verifica também que a vitimização na infância tem um impacto directo pequeno na saúde mental do adulto. Este estudo prospectivo compreendeu a recolha de diagnósticos de abuso e negligência de crianças entre 1967 e 1971 e posterior (passados 20 anos) entrevista aos sujeitos vitimizados. Examinou-se distímia, abuso ou dependência de álcool e distúrbio de personalidade anti-social (PAS). Analisaram igualmente os acontecimentos de vida ocorridos durante os 20 anos que mediam a vitimização e o período da pesquisa. Compararam-se as vítimas com um grupo de controlo com características socioeconómicas muito semelhantes. Interessava substancialmente aos autores distinguir os efeitos da vitimização entre homens e mulheres (distinguir diferenças de género). Os autores verificaram que as mulheres mostravam mais distímia e menos problemas de álcool e distúrbio de PAS do que os homens. Horwitz e colegas verificaram, também, que os homens abusados e negligenciados na infância apresentavam

mais distímia e personalidade anti-social (PAS) do que o grupo de controlo (não ocorreram diferenças significativas entre estes relativamente ao abuso ou dependência de álcool). As mulheres vitimizadas na infância manifestavam mais sintomas nas três perturbações do que o grupo de controlo. Por outro lado, constataram que homens e mulheres vitimizadas mais provavelmente tinham crescido em famílias assistidas socialmente do que os indivíduos do grupo de controlo, sugerindo que a vitimização relatada acontece simultaneamente com circunstâncias desfavoráveis. Um dos resultados mais significativos diz respeito aos acontecimentos do curso de vida – tanto os homens como as mulheres vítimas de abuso e negligência indicam mais acontecimentos “stressantes” ao longo da vida do que o grupo de controlo; para mais, estes acontecimentos relacionam-se mais fortemente com os sintomas e o diagnóstico de distímia e de abuso ou dependência de álcool e com sintomas de PAS do que o próprio abuso e a negligência – os adultos que relatam mais acontecimentos de vida têm consideravelmente mais distímia, dependência alcoólica e distúrbio de PAS do que aqueles que referem menos acontecimentos. A propósito destes resultados, os autores sugerem que os acontecimentos “stressantes” do curso de vida fornecem um contexto importante para o impacto que a vitimização ocorrida na infância terá na saúde mental ao longo da vida (Horwitz e col., 2001). Isto significa que a influência das experiências ocorridas na infância depende daquilo que acontece aos adultos durante os subsequentes estádios de vida, nomeadamente os acontecimentos de vida “stressantes”. Referimos já que os resultados deste estudo indicam que o abuso e a negligência na infância têm algum impacto na saúde mental posterior, mesmo passados 20 anos, o que leva os seus autores a defender que o impacto da vitimização infantil na saúde mental do adulto não é um artefacto da recordação retrospectiva ou ainda da ausência de grupo de controlo de muitos estudos. Horwitz e colaboradores (2001) sublinham, no entanto, que os resultados indicam igualmente que aquela relação não é muito

consistente. Os dados acentuam que a vitimização é apenas uma parte de uma “matriz de desvantagem” que estas crianças sofrem. Os autores lembram aquilo que nomeadamente Pearlin (1989) e Aneshensel (1992) têm afirmado de modo insistente – ser necessário atender ao contexto no qual os acontecimentos têm lugar, porque as experiências, mesmo as da infância, não ocorrem isolada e independentemente dos contextos sócio-económico, familiar e relacional.

Como será, então, a relação entre a quantidade de experiências adversas ocorridas na infância e a percepção de stresse na idade adulta?

## METODOLOGIA

---



### III METODOLOGIA

#### 1 Objecto de Estudo e Hipótese de Trabalho

##### 1.1 O quê?

O presente estudo inscreve-se nas concepções social e psicológica do stress. Partimos de dois conceitos nucleares – por um lado, os acontecimentos de vida e, por outro, a percepção do stress.

Importa perceber qual a relação dos acontecimentos de vida ocorridos na infância e a percepção do stress na idade adulta. Importava-nos saber se esta relação existe e de que forma se expressa.



Interessava também perceber como é que algumas das variáveis sociais que caracterizam os indivíduos em estudo – alunos do primeiro ano de uma licenciatura – se expressam ao nível da percepção do stresse, ou seja, se esta varia, ou não, em função daquelas.

Com este intuito norteámo-nos, principalmente, pela seguinte hipótese de trabalho:

- 1) Os acontecimentos de vida ocorridos na infância influenciam a percepção do stresse na idade adulta.

## 2 População e Instrumentos

### 2.1 Quem?

O objectivo do nosso estudo impunha investigar uma população homogénea, de modo a ver neutralizado o maior número possível de variáveis. Impunha igualmente encontrar uma situação de stresse que fosse comum a todos os sujeitos em estudo. Neste sentido, elegemos os estudantes universitários do primeiro ano, nos seus dois primeiros meses de adaptação à Universidade do Minho, como população a estudar. Esta população tornava exequível a concretização dos imperativos acima mencionados, além de que a sua acessibilidade nos era favorável.

Assim, especificámos os critérios da construção da amostra nestes termos: (1) indivíduos pertencentes à mesma instituição de ensino (Universidade do Minho); (2) estudantes do primeiro ano, com apenas uma matrícula, (3) no início da sua vida académica universitária, isto é, até aos dois primeiros meses de aulas; e (4) habitantes da mesma zona geográfica.

Importava, ainda, estabelecer uma situação de stresse idêntica e comum a todos eles. Escolhemos estudá-los no início do ano lectivo, período de adaptação à universidade, a um novo modo de vida. Escolhemos encontrá-los em *crise*, entendida enquanto momento organizador do ciclo de vida, ideia que adiante explicitaremos.

Importa referir que à escolha do período de recolha de dados presidiu uma entrevista exploratória, não estruturada, a uma informadora qualificada. Dirigimo-nos a uma investigadora que nos seus trabalhos de pesquisa se tem

dedicado ao estudo de questões relativas aos estudantes universitários, nomeadamente do primeiro ano.

Nesta fase exploratória interessava recolher informação credível acerca da população em estudo, já que esta é uma população que apresenta características singulares, relativamente aos estudantes dos demais anos universitários. São alunos em fase de adaptação a um novo contexto académico.

Debateram-se com o informante privilegiado desde questões relacionadas com os períodos de maior tensão vividos pelos estudantes ao longo do seu primeiro ano, às relacionadas com os procedimentos e exigências de um estudo realizado “dentro” da instituição universidade – contactos, disciplinas mais favoráveis, frequência média de alunos por aula/disciplina, momento mais oportuno do decorrer da aula, entre outras. Este momento da investigação revelou-se de um proveito valioso.

Dos estudos exploratórios destacamos também a entrevista, igualmente não estruturada, que realizámos com o Prof. Doutor António Barbosa, um dos mais autorizados investigadores na área dos acontecimentos de vida. Desde a metodologia a utilizar às referências bibliográficas, o seu contributo revelou-se inestimável.

Como nos diz Gonçalves (1998, p.28) a propósito dos estudos exploratórios, “o tempo e os recursos dispendidos nesta fase costumam revelar-se amplamente compensatórios. Previnem e evitam erros, mais tarde, irreparáveis”. Assim o julgámos.

## 2.2 Como?

### 2.2.1 PSS – *Perceived Stress Scale*

Definida a população a estudar, procedemos à construção do inquérito por questionário. Numa primeira fase, escolhemos o instrumento de medida que utilizaríamos para avaliar a percepção do stresse experimentado pelos estudantes naquele momento da sua vida.

Importava que a escolha se fizesse sob dois critérios, a saber: que o instrumento permitisse alcançar o objectivo do estudo (medir a percepção de stresse percebido) e que se tratasse de um instrumento credível e reconhecido pela comunidade científica.

Optámos pela PSS – *Perceived Stress Scale*<sup>8</sup> – construída por Sheldon Cohen, Tom Kamarck e Robin Mermelstein em 1983. A PSS é um instrumento que tem a forma de auto-resposta e que permite medir o grau da percepção de stresse que os indivíduos experienciam em determinado momento da vida (mais concretamente, no mês anterior ao preenchimento do mesmo). A escala possibilita avaliar o nível de stresse vivenciado subjectivamente pelos indivíduos, em determinadas circunstâncias.

A PSS tem três versões: uma com 14 itens, outra mais curta com 10 itens e uma versão indicada para entrevistas telefónicas com apenas 4 itens. A versão com 10 itens tem revelado melhores características psicométricas, tanto nos estudos originais (Cohen e col., 1983) como em investigações nacionais (Mota-Cardoso e col., 2002).

---

<sup>8</sup> Este instrumento – bem como os restantes dois – encontram-se reproduzidos nos Anexos.

Cada item tem cinco categorias de resposta – “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “com alguma frequência” e “com muita frequência” – respectivamente ponderadas de 0 a 4, com exceção dos itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 em que aquela ponderação se inverte (o 0=4, ..., 4=0).

Os autores da PSS não indicam pontos de corte. A interpretação da escala tem em conta o valor total obtido: quanto maior, maior o grau de stresse percebido (Mota-Cardoso e col., 2002).

A PSS foi validada para a população portuguesa pelo IPSSO<sup>9</sup> no âmbito de um estudo que realizou junto da classe docente portuguesa (Mota-Cardoso e col., 2002), tendo revelado boas características psicométricas.

#### 2.2.2 Lista de Acontecimentos de Vida

A medição da percepção do stresse estava assegurada pela PSS, faltava elaborar o instrumento que indagaria os acontecimentos de vida ocorridos na infância.

Neste sentido, elaborou-se uma lista com 50 acontecimentos de vida, passíveis de serem caracterizados como típicos da vida das crianças. Ou seja, procurou-se representar as diversas dimensões – familiares, sociais, relacionais, financeiras, de saúde, etc. – da sua vida, de modo a tentar abranger o maior espectro possível de situações potencialmente indutoras de stresse para as crianças pequenas.

---

<sup>9</sup> IPSSO – Instituto de Prevenção do *Stress* e Saúde Ocupacional

Os acontecimentos de vida não foram agrupados nas dimensões acima referidas *a priori*, isto é, não os agregámos por categorias antes da aplicação do questionário, mas somente aquando da análise estatística. A justificação de tal procedimento prende-se com o objectivo do estudo: pretendia-se compreender se os AV ocorridos na infância, independentemente da sua tipologia, iriam influenciar ou não a percepção de stresse no adulto. O que interessava estudar, pois, era a influência do *número* de AV, e não do *tipo* de AV, sobre a percepção de stresse na adultez.

Um outro critério essencial na definição do estudo diz respeito ao período da infância a estudar: se, por um lado, interessava pesquisar as primeiras experiências causadoras de stresse (tal como nas investigações de *handling*), por outro importava reportar as mesmas a um período de vida acessível à memória ("directa" ou "construída") na altura do preenchimento dos questionários. Interessou-nos, por isso, o período do nascimento aos 5 anos de idade. Com a delimitação deste período, e além do duplo critério acima referido, interessava-nos reportar os respondentes a algumas das primeiras transacções com o meio, a alguns dos acontecimentos de vida que pudessem ter sido matriciais na sua construção individual.

Fruto do carácter subjectivo da memória – esta é sempre uma construção da realidade – e a propósito da dificuldade em analisar os AV ocorridos no passado, convém referir que a investigadora excluiu deste estudo determinados acontecimentos, nomeadamente aqueles respeitantes à relação mãe-bebé. Apesar da sua importância no desenvolvimento do indivíduo, a dificuldade de os analisar tornou prudente a sua exclusão.

Como referências para a construção desta listagem, socorremo-nos das listas de AV de Homes e Rahe (1967), Gersten e col. (1974), Barbosa (1986) e

Lipp (2000), bem como da revisão bibliográfica realizada sobre a temática dos acontecimentos de vida.

### 2.2.3 Ficha de Caracterização Sociodemográfica

Por fim, elaborámos uma ficha sociodemográfica que nos permitisse apurar as condições de vida dos estudantes. Pretendíamos averiguar o contexto socioeconómico, familiar e académico dos indivíduos em estudo.

Interessava analisar questões como o suporte social, escolha do curso, apoio financeiro, condições habitacionais, entre outras. Por outras palavras, importava sondar a adaptação académica dos estudantes – os inquiridos seriam alunos do primeiro ano da universidade.

## 2.3 Pré-teste

Constituído o corpo de instrumentos de recolha de dados, resolvemos testá-lo. Desejávamos saber como se “comportava” o inquérito: da caracterização sociodemográfica, saber se era clara, adequada e bem interpretada; da listagem de acontecimentos de vida, auscultar a sua aceitação, viabilidade e taxa de incidência; da PSS, a sua compreensão.

Realizámo-lo na Escola Superior de Enfermagem de Viseu, tanto pela facilidade de acesso, como porque à nossa solicitação houve uma resposta pronta e uma colaboração preciosa.

Submetemos o questionário a uma turma de primeiro ano de Enfermagem, com 59 alunos, que o preencheram e posteriormente se pronunciaram sobre algumas questões, tais como, a compreensão, interpretação, aceitação, interesse, dificuldades e dúvidas que o mesmo levantou. Estimámos também o tempo do seu preenchimento, entre um mínimo de 10 minutos e um máximo de 20 minutos (o tempo médio foi de 16 minutos).

A aplicação do questionário tentou-se tão próxima da prevista para o inquérito quanto possível – alunos do 1º ano do ensino universitário, heterogeneidade de pessoas, aplicado no início de uma aula.

O pré-teste mostrou a sua importância definitiva – houve um trabalho de “reparação”, nomeadamente ao nível da caracterização sociodemográfica, que permitiu a quase ausência de dúvidas posteriormente, aquando da realização do inquérito.

Após o pré-teste, submetemos os instrumentos a algumas interrogações de sistematização relativas à sua pertinência, utilidade, forma e adequação, como nos aconselham Kornhauser e Sheatsley (1974), de forma a “limar” os instrumentos tanto nos seus objectivos como na sua aplicabilidade.



### 3 Administração do inquérito

#### 3.1 Procedimentos prévios

Solicitámos a realização do trabalho de campo junto dos alunos da Universidade do Minho, bem como o acesso às aulas, ao Senhor Reitor, que gentilmente deferiu o pedido.

Requeremos ao Conselho Académico o total de alunos inscritos, por curso, no primeiro ano, de forma a seleccionar as licenciaturas que inquiriríamos. Esta escolha regeu-se por três critérios: (1) o número de inquiridos que necessitávamos, tendo em conta a potenciação de incidência de AV, donde teríamos de seleccionar cursos com grande número de inscritos; (2) cursos leccionados no mesmo pólo, optando pelo pólo de Braga, atendendo à importância que, no nosso estudo, tem a uniformidade da população; (3) por questões práticas, nomeadamente de acessibilidade. As licenciaturas escolhidas foram Sociologia, Comunicação Social, História, Psicologia, Educação, Medicina e Direito. Teríamos acesso a um total de 833 alunos inscritos.

Dirigimos um pedido à Presidente do Conselho de Cursos que prontamente o direccionou a cada Conselho. Estabelecemos contacto com cada director de curso no sentido de averiguar qual as disciplinas mais adequadas à aplicação do inquérito – desejávamos aquelas com maior assiduidade de alunos garantindo maior número de participantes no estudo – pelo que maioritariamente acedemos às aulas práticas ou teórico-práticas. Dirigimo-nos aos professores das

disciplinas escolhidas no sentido de determinar o dia e o período da aula mais adequados.

### 3.2 Trabalho de Campo

O trabalho de campo decorreu entre 23 Outubro e 7 de Novembro de 2003. Aplicámos o inquérito em oito momentos distintos, um por cada um dos sete cursos, acrescido de mais uma aplicação, pois em educação acedemos a dois turnos. A sua administração iniciava com a apresentação, feita pela investigadora, do estudo (objectivo, âmbito) e do questionário (caracterização, carácter voluntário do preenchimento, anonimato, confidencialidade, acesso aos resultados e agradecimentos). O questionário revelou-se bem aceite apesar da sua extensão, tendo surgido poucas dúvidas quanto ao seu preenchimento. Recolhemos 448 questionários. Após verificação do preenchimento excluimos um, dado o elevado número de não respostas. Assim, obtivemos um total de 447 questionários, o que representa 53,7% do total de alunos inscritos no 1º ano destas licenciaturas. Foi sobre estes que incidiu a análise estatística.

Gostaríamos de sublinhar a atitude inestimável dos alunos – quer aqueles que nos possibilitaram o pré-teste, quer aqueles que constituíram a nossa amostra. Sem eles este estudo não teria sido possível.

## 4 Amostra

Constituída por 447 indivíduos, a amostra compreende 114 homens (25,5%) e 333 mulheres (74,5%). As idades dos inquiridos variam entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 55 anos, sendo que as idades dos 18 e 19 anos são as mais comuns (42,5% e 24,2%, respectivamente). Os estudantes são sobretudo solteiros (93,7%). Temos 51,1% de Bracarenses, distribuindo-se os restantes 47,6% pelo distrito de Aveiro (0,9%), do Porto (15,9%), de Viana do Castelo (7,2%), de Vila Real (5,1%), pelo resto do País (7,8%), e por outros países (10,7%). Note-se que 1,3% dos inquiridos não respondeu a esta questão. Atendendo à distribuição dos inquiridos por licenciatura, encontramos uma considerável homogeneidade, como podemos constatar no Quadro 4.

Quadro 4. Distribuição dos alunos por Licenciatura

Licenciatura	N	%
Sociologia	60	13,4
Psicologia	71	15,9
Medicina	51	11,4
Educação	57	12,8
História	53	11,9
Direito	94	21,0
Comunicação Social	61	13,6
TOTAL	447	100,0

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

---



## IV ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 1 Contextualização Sociodemográfica

Com vista a uma adequada contextualização do estudo torna-se premente debruçar-nos sobre a população inquirida. Da ficha de caracterização sociodemográfica nasce informação abundante que não podemos nem queremos ignorar.

Como nos refere Pearlin (1989), sabemos como o bem-estar pode ser profundamente afectado pelo contexto estrutural da vida das pessoas. Interessava, por isso, conhecer as condições não só materiais mas ainda emocionais que os estudantes viviam. Importava analisar o ambiente pessoal, social e académico em que os alunos se “moviam”.

Sabemos, por outro lado, que a vivência do primeiro ano do ensino superior pode ser considerada como um momento de crise, no sentido de que ela se constitui sob a iminência do risco (por exemplo, das dificuldades de adaptação) mas também da oportunidade (por exemplo, do enriquecimento da rede de suporte social). Entendida como mudança, a adaptação ao ensino superior é ela própria um acontecimento de vida "stressante". Almeida (2000), a propósito desta transição, refere-se ao ajustamento académico enquanto predictor do desenvolvimento psicossocial do jovem. Daí que, mais uma vez, era imperioso determo-nos na análise da informação pessoal e contextual susceptível de nos traçar um perfil dessa mesma adaptação.

#### *Caracterização geral da amostra*

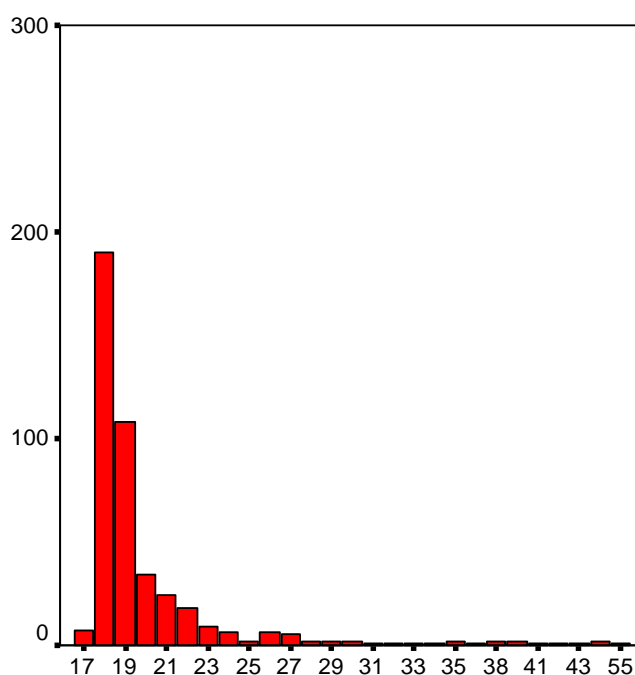
**Quadro 5. Amostra por Género e Licenciatura**

Licenciatura	Género masculino		Género feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sociologia	3	0,7	57	12,8	60	13,4
Psicologia	10	2,2	61	13,6	71	15,9
Medicina	23	5,1	28	6,3	51	11,4
Educação	9	2	48	10,7	57	12,8
História	24	5,4	29	6,5	53	11,9
Direito	30	6,7	64	14,3	94	21
Comunicação Social	15	3,4	46	10,3	61	13,6
TOTAL	114	25,5	333	74,5	447	100

Composta por 447 estudantes do primeiro ano, a amostra está representada por 25,5% de indivíduos do sexo masculino e por 74,5% do sexo feminino. Inquirimos alunos de sete licenciaturas (Cf. Quadro 5) verificando-se uma grande preponderância do sexo feminino em todas as licenciaturas ( $V=0,32; p < 0,001$ ), apesar de esta ser menos nítida em Medicina e História.

As idades dos elementos da amostra oscilam entre o mínimo de 17 anos (7 alunos) e o máximo de 55 anos (1 aluno), tendo 66,7% dos inquiridos a idade de 18 ou 19 anos.

Gráfico 1. Amostra por Idade



A amostra divide-se quase igualmente (mais 5 indivíduos deslocados) entre deslocados (223) e não deslocados (218).



Como podemos constatar no Quadro 6, a grande maioria de não deslocados são naturais do distrito de Braga ( $V=0,62$ ;  $p<0,001$ ), em grande parte

**Quadro 6. Amostra por Naturalidade e Deslocação**

Categorias geográficas	Deslocado		Não deslocado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amares	1	0,2	2	0,5	3	0,7
Barcelos	15	3,4	8	1,8	23	5,2
Braga	0	0	87	19,7	87	19,7
Cabeceiras de Basto	4	0,9	0	0	4	0,9
Esposende	6	1,4	3	0,7	9	2
Fafe	7	1,6	0	0	7	1,6
Guimarães	11	2,5	21	4,8	32	7,3
Póvoa de Lanhoso	2	0,5	8	1,8	10	2,3
Terras do Bouro	2	0,5	1	0,2	3	0,7
Vieira do Minho	3	0,7	5	1,1	8	1,8
Vila Nova de Famalicão	10	2,3	11	2,5	21	4,8
Vila Verde	4	0,9	11	2,5	15	3,4
Vizela	5	1,1	1	0,2	6	1,4
Distrito de Aveiro	4	0,9	0	0	4	0,9
Distrito do Porto	50	11,3	21	4,8	71	16,1
Distrito de Viana do Castelo	26	5,9	6	1,4	32	7,3
Distrito de Vila Real	19	4,3	4	0,9	23	5,2
Resto do País	29	6,6	6	1,4	35	7,9
Outros Países	25	5,7	23	5,2	48	10,9
Total	223	50,6	218	49,4	441	100

dos concelhos de Braga e Guimarães. Encontramos estudantes não deslocados oriundos do Porto (21), de Viana do Castelo (6) e de Vila Real (4), bem como do resto do país (6). Vinte e três indivíduos provêm de outros países, o que nos faz

crer que, embora daí naturais, residam em Braga ou nas imediações, uma vez que eles não se assumem como deslocados.

Os deslocados são, sobretudo, do Porto (50), do resto do país (29), de Viana do Castelo (26), de outros países (25) e de Vila Real (19). Existem também 70 deslocados naturais do distrito de Braga.

Os inquiridos têm o 12º ano em 96,6% dos casos, registando-se 5 bacharéis e 9 licenciados.

Quanto ao estatuto de trabalhador-estudante e independência económica ( $V=0,57$ ;  $p < 0,001$ ) verificamos que a grande maioria (88,6%) não é trabalhador-estudante nem economicamente independente (89,7%). Curiosamente, registámos 17 estudantes independentes economicamente que não trabalham.

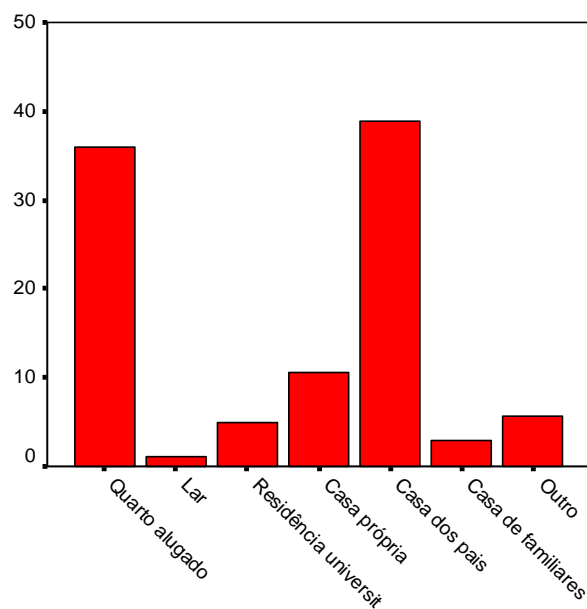
**Quadro 7. Amostra por estatuto de Trabalhador-estudante e independência económica**

Trabalhador-estudante	Economicamente independente					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	29	6,5	19	4,3	48	10,7
Não	17	3,8	379	84,8	396	88,6
Não responde	0	0	3	0,7	3	0,7
TOTAL	46	10,3	401	89,7	447	100

Quando questionados sobre a residência durante a semana, encontramos 38,9% de estudantes a viver em casa dos pais, 10,5% em casa própria, 36% habita um quarto alugado, 5,6% *outro* – que podemos assumir como apartamento alugado (informação recolhida aquando da aplicação do questionário) –, 4,9%

vive em residência universitária, em casa de familiares estão 2,9% de estudantes, e num lar, 1,1%.

Gráfico 2. Amostra por Local onde residem durante a semana



Quadro 8. Amostra por Companhia com que residem durante a semana

Com quem reside	N	%
Família nuclear	195	43,6
Família alargada	13	2,9
Amigos	111	24,8
Colegas	92	20,6
Sozinho(a)	22	4,9
Namorada(o)	9	2
Cônjuge	10	2,2
Total	452	100

Relativamente à companhia, 43,6% reside com a família nuclear – esta percentagem não é semelhante aos 38,9% referidos acima (casa dos pais) uma vez que alguns estudantes casados assinalaram a sua família como nuclear. Por outro lado, houve também respostas múltiplas – amigos e colegas, namorada e amigos –, donde no total se verifiquem existir 452 indivíduos, quando na realidade o total da amostra é composto por 447 sujeitos.

Quisemos avaliar as condições habitacionais em que viviam os estudantes deslocados. Todos têm WC e cozinha ou serventia (com excepção de 6 indivíduos que registam não ter cozinha). Quanto ao espaço de que dispõem, mais de metade possui um lugar para estudar além do quarto e 158 indivíduos (em 228) uma zona de convívio ou sala. Maioritariamente, têm acesso a televisão na residência, mas apenas 92 estudantes possui computador ou tem acesso a ele no local onde reside. Dos 228 estudantes deslocados, 120 têm aparelhagem de som. Provavelmente devido à generalização do uso de telemóvel apenas 45 estudantes possuem telefone fixo na residência.

**Quadro 9. Amostra (deslocados) por Condições da residência**

Condições residência	N	%
Cozinha	222	97,4
WC	228	100
TV	216	94,7
Aparelhagem de som	120	52,6
Telefone	45	19,7
Espaço para estudar além do quarto	118	51,8
Espaço de convívio além do quarto	158	69,3
Computador	92	40,4

Da população deslocada, 13,4% tem alguma forma de restrição na utilização da habitação ou na condição de residente – a mais frequente é a limitação de espaço para arrumação (17 inquiridos). Dez estudantes registam “outra” restrição (sem especificação); oito alunos estão proibidos de convidar pessoas de outro sexo; quatro pessoas têm limitação no número de banhos; três dos inquiridos não podem levar colegas a casa; e apenas dois estudantes assinalam ter hora limite para entrar em casa.

### *Adaptação ao curso*

Maioritariamente (77,9%), os estudantes estão a frequentar a licenciatura que foi a sua primeira opção e, conseqüentemente, não desejam mudar de curso. Este resultado confirma-se por outro estudo (Saavedra e col., 2004) realizado também à população dos alunos do primeiro ano da Universidade do Minho. Aí constatamos que, dos alunos de Ciências Sociais e Humanas (que é o grupo mais próximo da nossa amostra), 76,1% está a frequentar o curso que foi a sua primeira opção.

Existe, contudo, uma minoria de 13 alunos insatisfeitos, pois apesar da licenciatura frequentada ter sido a sua primeira escolha quer mudar de curso.

A Universidade do Minho foi o estabelecimento de ensino escolhido como primeira opção por 83,7% dos estudantes.

Os estudantes deslocados, por outro lado, afirmam gostar da Universidade do Minho e de Braga em 98,7% e em 93,4% dos casos, respectivamente. E quando questionados sobre as condições que a cidade e o estabelecimento de ensino proporcionam, é praticamente consensual a resposta positiva (95% e 98%, respectivamente).

Quadro 10. Amostra por Primeira opção e mudança de curso

Primeira opção	Mudança de curso							
	Sim		Não		Não responde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	13	2,9	334	74,7	1	0,2	348	77,9
Não	29	6,5	70	15,7	0	0,0	99	22,1
Total	42	9,4	404	90,4	1	0,2	447	100

### *Recursos económicos*

Os sujeitos do sexo masculino gastam mais dinheiro por semana do que os do sexo feminino ( $V=0,16; p=0,002$ ). Por licenciatura, verificamos serem os estudantes de medicina a despenderem mais dinheiro por semana. Inversamente, os de comunicação social são os que gastam menos ( $V=0,15; p=0,065$ ).

Quadro 11. Amostra por Quantia dispendida por semana e deslocação

	Deslocado		Não deslocado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 50 euros	154	34,5	150	33,6	304	68,0
Entre 50 e 100 euros	56	12,5	31	6,9	87	19,5
Não tem limite	18	4,0	38	8,5	56	12,5
Total	228	51,0	219	49,0	447	100

Encontramos também maior número de não deslocados sem limite de dinheiro do que entre os deslocados ( $V=0,18; p=0,001$ ). É, contudo, esmagadora a maioria daqueles que gasta até 50 euros por semana.

### *Actividades extracurriculares*

No que respeita à associação entre a existência de actividades extracurriculares e deslocação ( $V=0,19; p=0,006$ ), importa destacar algumas observações. De entre a amostra, 30,4% de deslocados não tem actividades extracurriculares mas pretende vir a ter. No entanto, registamos uma maior percentagem de indivíduos deslocados com actividades extracurriculares desenvolvidas na academia do que entre os não deslocados. Estes maioritariamente desenvolvem as suas actividades fora da academia. Este facto, é interessante quando pensamos que provavelmente os estudantes deslocados “vivem mais da academia”, pois dependerão mais dela do que os “da terra” que, ao contrário, já teriam as suas actividades antes de entrar para a universidade. Quanto à sua tipologia, a categoria mais frequente é a desportiva, com 11% de indivíduos, seguida da artística, com 3,4% de estudantes, e a de formação pessoal (cursos de línguas, informática, voluntariado) com 2,2% de alunos.

Também pensamos que o facto de a maioria, tanto entre os deslocados (59,6%) como entre os não deslocados (47,5%), registar não ter actividades mas pretender vir a ter, se pode dever à insuficiência do período decorrido entre a “chegada” dos estudantes, à cidade e à universidade, e o inquérito. Os estudantes tinham aproximadamente um mês de aulas pelo que podiam ainda não ter tido oportunidade de iniciar a prática de alguma actividade.

Quando atendemos à licenciatura ( $V=0,16; p=0,003$ ), os futuros psicólogos são os que registam maior envolvimento com actividades extracurriculares.

**Quadro 12. Amostra por existência de Actividades extracurriculares e deslocação**

Existência de actividades extracurriculares	Deslocado		Não deslocado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim, na academia	22	4,9	15	3,4	37	8,3
Sim, fora da academia	22	4,9	50	11,2	72	16,1
Sim, na academia e fora da academia	2	0,4	2	0,4	4	0,9
Não, mas pretendo vir a ter	136	30,4	104	23,3	240	53,7
Não, nem pretendo vir a ter	44	9,8	46	10,3	90	20,1
Não responde	2	0,4	2	0,4	4	0,9
Total	228	51,0	219	49,0	447	100

Também indagámos os inquiridos acerca das suas actividades de lazer com periodicidade semanal – o cinema é assinalado por 57,7% de indivíduos, seguido da discoteca com 47,2%. Visitar uma exposição regista 6,7% e, por último, o teatro com 3,1%.

### *Relacionamento e Apoio Emocional*

#### Relação com professores

Notámos que são os rapazes a ter maior facilidade em considerar os professores como amigos, comparativamente às raparigas ( $V=0,24; p<0,001$ ). Contudo, é “cordialmente” que a maioria tanto do sexo masculino como do sexo feminino se relaciona com os professores. Quando olhamos esta relação por licenciatura ( $V=0,21; p<0,001$ ), verificamos que os alunos de Comunicação Social, Direito e Sociologia tendem a sentir-se mais afastados dos professores do que os alunos das demais licenciaturas. Medicina é o curso que demonstra maior



Quadro 13. Amostra por Relação com professores e licenciatura

Relação com professores	Licenciatura															
	Sociologia		Psicologia		Medicina		Educação		História		Direito		Com. Social		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Considero-os amigos	4	0,9	9	2	20	4,5	8	1,8	12	2,7	5	1,1	0	0,0	58	13,0
Cordialmente	43	9,6	55	12,3	31	6,9	43	9,6	35	7,8	72	16,1	49	11,0	328	73,4
Sinto-me afastado	13	2,9	6	1,3	0	0,0	5	1,1	4	0,9	17	3,8	11	2,5	56	12,5
Evito-os	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4
Não responde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Total	60	13,4	71	15,9	51	11,4	57	12,8	53	11,9	94	21	61	13,6	447	100

proximidade entre alunos e professores – há uma maior percentagem de estudantes a considerar os professores como amigos. Embora com menor intensidade, esta relação também se verifica em História, Educação e Psicologia. De notar que, apesar do pouco tempo de relacionamento (aproximadamente um mês), as não respostas foram apenas 3.

#### Relação com colegas

Os indivíduos da amostra revelam gostar dos seus colegas de turma, na generalidade dos casos, ainda que 32% registe gostar apenas de alguns. Não registámos respostas negativas relativamente aos colegas de turma, o que enquanto indicador da integração dos alunos na turma se revela positivo. Para mais, outro dado vem corroborar esta suposição – tanto os deslocados (49,1% de 50,9%) como os não deslocados (44,8% de 49,1%) afirmam estar a conseguir estabelecer boas relações de amizade. Apesar de estatisticamente não significativo, encontramos esta afirmação com uma maior frequência entre os deslocados, o que nos remete para a ideia de que provavelmente são estes que maior importância atribuem, e quiçá maior empenho dedicam, à constituição de amizades, até porque estão mais sozinhos (estão sem a família, numa outra terra, onde “tudo” é desconhecido).

#### Relação com a família e amigos

É preponderante e comum aos dois sexos a ida a casa dos pais todos os fins-de-semana. Os estudantes deslocados vão a casa dos pais todos os fins-de-semana em 84% dos casos; embora 7,4% vá apenas nas férias (destes a maioria, senão a totalidade, são indivíduos das ilhas e de outros países). Dos 228

deslocados, 55% gosta de estar a viver fora da família, o que para nós significa outro bom indicador da integração. Para mais, como já referimos antes, os alunos deslocados gostam de Braga (47,7% de 51%) e da Universidade do Minho (50,3% de 51%). Curiosa é também a percentagem (73,2%) de deslocados que tem amigos da terra de origem a estudar na Universidade do Minho e a conviver com eles.

### *Religiosidade*

A religiosidade é ainda uma variável que se poderá incluir no suporte que os alunos usufruem. Verificamos que a generalidade (82%) dos alunos se afirmam como religiosos. Num país tradicionalmente católico não é de estranhar que 83,9% de inquiridos acreditem em Deus e que 52,6% tenham uma religião e a pratiquem.

### *Namoro*

Metade dos indivíduos da amostra não namora (49,7%). Entre os estudantes que afirmam namorar, as mulheres são em maior número ( $V=0,16; p=0,01$ ) e os deslocados são, obviamente, os que com menor frequência vêem o(a) seu(sua) namorado(a) durante a semana, registando-se o oposto quanto aos não deslocados. Possivelmente, os deslocados deixaram a sua “cara-metade” na terra de origem, só o(a) vendo ao fim-de-semana, enquanto que os indivíduos do distrito de Braga namoram com pessoas que aí vivem também.

### *Saúde*

Entre os estudantes encontramos 16% com algum problema de saúde e 15,7% medicados.

## 2 Percepção de Stresse

Como atrás referimos, a PSS (*Perceived Stress Scale*) é uma escala com três versões – uma com catorze itens, outra mais curta com dez itens e uma versão indicada para entrevistas telefónicas com quatro itens.

No nosso estudo utilizámos a versão com catorze itens. Na análise estatística observámos, contudo, um comportamento anómalo de um dos itens relativamente a todos os restantes. O item quatro – um dos itens que se inverte na cotação – revelou-se correlacionado negativamente com o comportamento geral da escala.

Desta forma, na análise estatística dos resultados optámos por utilizar a versão com catorze itens mas sem inverter o item quatro. Esta versão revelou melhor comportamento em termos de fiabilidade, pelo que a adoptámos. Todos os resultados que apresentaremos nesta análise referem-se à versão com catorze itens sem inverter o item quatro.

Os resultados das operações realizadas na análise estatística estão apresentados nos Anexos. De seguida apresentamos apenas os resultados mais pertinentes.

A consistência interna da escala, apurada através do *alpha de Cronbach*, é de 0,8362, ou seja, bastante elevada<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Na análise factorial realizada verificamos que as duas primeiras componentes explicam 49,63% da variância, 35,14% a primeira e 14,49% a segunda.

Os resultados da PSS ou, por outras palavras, o nível de stresse percebido entre os indivíduos da amostra, estão sintetizados no Quadro 14. Constatamos que o sexo feminino regista maior nível de stresse percepcionado do que o sexo masculino ( $p < 0,001$ ).

Quadro 14. PSS: Estatística descritiva

	Sexo Masculino (N=109)	Sexo Feminino (N=312)	Total (N=421)
Média	24,32	29,42	28,10
Desvio-padrão	9,32	7,59	8,36

Também nos estudos originais o sexo feminino registou maior nível de stresse percebido, com médias de 23,57 e 25,71 (DP=7,55 e 6,20) em duas amostras de estudantes observadas, enquanto que o sexo masculino registou médias mais baixas – 22,38 e 21,73 (DP= 6,79 e 8,42). A média total foi de 23,18 e 23,67 nas duas amostras de estudantes (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983).

Comparando os resultados do nosso estudo com os dos estudos originais e os do *Estudo IPSSO 2000* constatamos que a pontuação média da nossa amostra é superior, isto é, os estudantes por nós observados acusam maior percepção de stresse do que naqueles estudos. Ainda que as diferenças culturais – os primeiros foram realizados junto de população norte-americana e os segundos com professores portugueses do 2.º ciclo ao ensino secundário – não autorizem comparações directas ou inferências nelas baseadas, julgamos poder associar este resultado ao período escolhido para a realização do trabalho de campo – o início do ano, ou seja, um período de adaptação a novas exigências.

### 3 Acontecimentos de Vida

A listagem de acontecimentos de vida<sup>11</sup>(AV) foi elaborada a partir da revisão bibliográfica realizada. As listagens de Holmes e Rahe (1967), Gersten e col. (1974), Barbosa (1986) e Lipp (2000) estiveram na sua génese. A listagem é composta por cinquenta acontecimentos que procuram abranger as diversas áreas da vida infantil.

O período da infância estudado inicia-se na gestação e decorre até aos cinco anos de idade – excluiu-se a entrada na escola por se considerar uma mudança profunda que altera significativamente o estilo de vida das crianças e, por outro lado, tornaria a listagem ainda mais extensa. Também não considerámos situações da primeira infância, nomeadamente respeitantes à relação mãe-bebé, dada a provável dificuldade na resposta às mesmas.

Os resultados da análise estatística à listagem de AV mostram-se no Quadro 15<sup>12</sup>. Constatamos serem os rapazes a acusar maior número de AV

**Quadro 15. Acontecimentos de Vida: Estatística descritiva**

	Sexo Masculino (N=114)	Sexo Feminino (N=333)	Total (N=447)
Média	5,28	4,66	4,82
Desvio-padrão	3,63	3,24	3,35

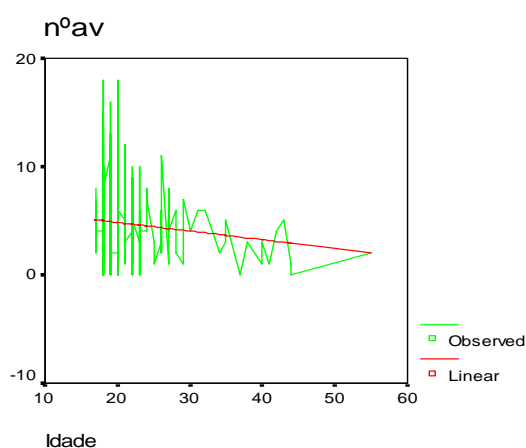
<sup>11</sup> Cf. Anexos.

<sup>12</sup> Algumas das operações estatísticas encontram-se nos Anexos.

relativamente às raparigas. Ainda que esta relação não seja significativa ( $p=0,086$ ), é de relevar tendo em conta o tamanho da amostra.

O mesmo não acontece com a idade, que apresenta uma relação significativa ( $p=0,026$ ) com o número de AV. Verificamos que os estudantes mais novos registam maior número de AV, isto é, à medida que a idade avança diminui o registo da quantidade de AV (mais drasticamente a partir dos 30 anos).

Gráfico 3. Acontecimentos de Vida e Idade

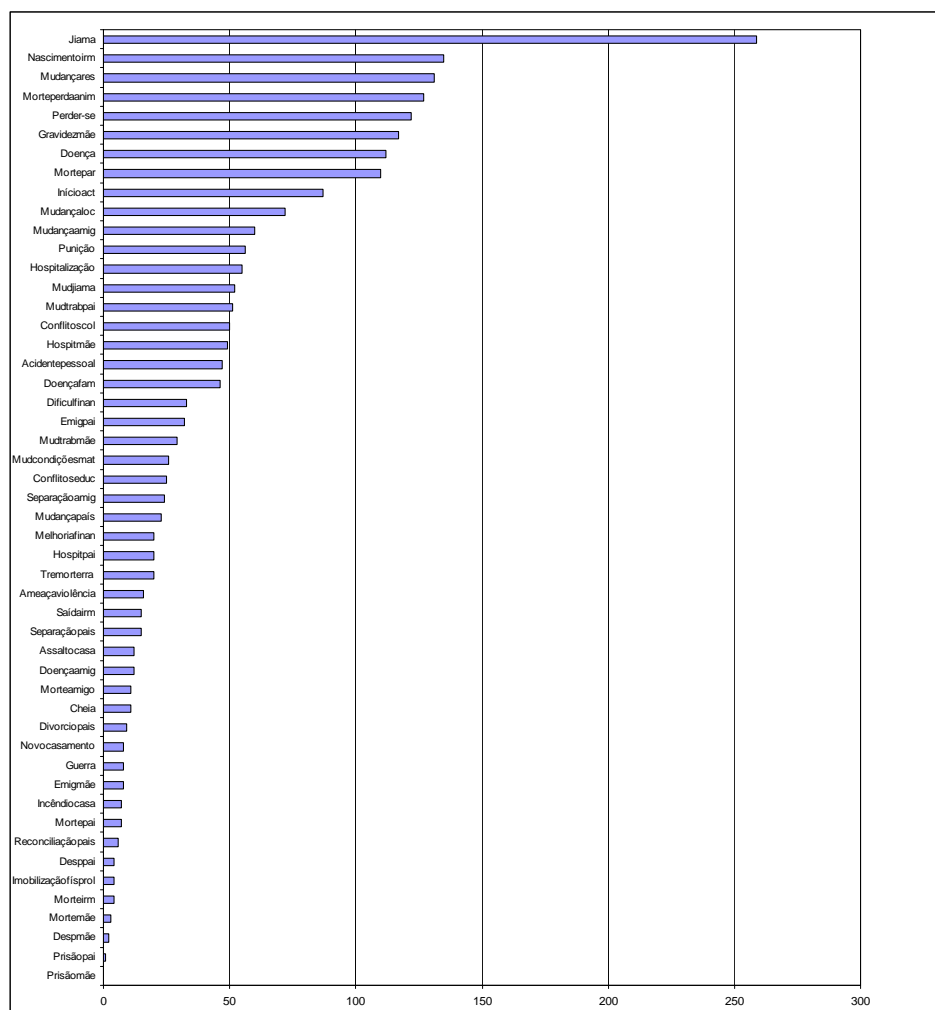


O Gráfico 4 retrata a frequência dos acontecimentos na vida dos inquiridos até aos cinco anos. A *entrada no jardim-de-infância ou ama* é o AV mais frequente ( $n=259$ ), distinguindo-se dos restantes. A *prisão da mãe* foi a única situação que não ocorreu na vida de nenhum dos inquiridos, até aos 5 anos.

Da análise de contingência efectuada entre os AV apresentamos no Quadro 16 apenas as relações estatisticamente significativas, e destas, apenas aquelas que revelam uma forte intensidade na sua relação. Nesta análise



Gráfico 4. Frequência dos Acontecimentos de Vida



encontramos correlações que seriam de esperar, tais como a gravidez da mãe e o nascimento de um irmão ou a significativa melhoria financeira e a mudança das condições materiais de vida. Este dado é revelador da coerência das respostas dos estudantes.

Quadro 16. Acontecimentos de Vida: coeficiente de contingência ( $\Phi$ )

	Nascimen to irmão	Mudança residência	Emigraçã o Pai	Divórcio pais	Mudança trabalho mãe	Mudança pais	Prisão pai	Separaçã o pais	Hospitalizaç ão	Melhoria financeira	Mudança jardim-de- infância	Conflitos colegas	Separaçã o amigo	Graves dificultad es financeira s	Morte pai	Tremor terra	Morte parente próximo
Gravidez mãe	0,77																
Mudança localidade		0,6				0,34											
Emigração mãe			0,49														
Novo casamento pais				0,46			0,35	0,26							0,26		
Mudança trabalho pai					0,45												
Divórcio pais							0,33	0,33									
Doença									0,32								
Mudança condições vida					0,25					0,32							
Entrada jardim/infância											0,31						
Sofrer ameaça												0,31					
Mudança amigos													0,31				
Reconciliação pais								0,3									
Guerra														0,29			
Despedimento pai					0,26												
Chela																0,25	
Doença membro família																	0,25

Nota: em todas as correlações,  $p < 0,001$ .

Quisemos averiguar como se comportavam os acontecimentos quando agregados. Para isso, dispusemos os cinquenta AV por dimensões segundo três tipos distintos de agregações: (1) a agregação 1 comporta sete áreas ou dimensões da vida – parental, familiar, social, saúde, finanças, catástrofes e lar; (2) a agregação 2 distingue os acontecimentos positivos, negativos e aqueles que tanto podem ser negativos como positivos (dúvida); (3) a agregação 3 é constituída pela dimensão *Eu* – acontecimentos que ocorrem directamente ao sujeito, e a dimensão *Outros* – acontecimentos que afectam indirectamente o sujeito. As duas primeiras agregações têm sido propostas pela investigação nas últimas décadas. A terceira agregação não aparece referenciada com frequência na literatura, no enquanto julgámo-la igualmente pertinente. O Quadro 17 expõe as agregações usadas.

**Quadro 17. Agregações: Acontecimentos de Vida por dimensões**

Agregações	Dimensões	AV
Agregação1	Parental	Divórcio dos pais; Separação dos pais; Novo casamento dos pais; Reconciliação dos pais
	Familiar	Morte da mãe; Morte do pai; Morte de um irmão; Emigração da mãe; Emigração do pai; Morte de um parente próximo; Prisão da mãe; Prisão do pai; Nascimento de um irmão; Gravidez da mãe; Mudança de trabalho do pai; Mudança de trabalho da mãe; Saída de um irmão de casa
	Social	Morte de um amigo; Separação de um amigo; Mudança de amigos; Doença de um amigo; Entrada no jardim-de-infância ou ama; Mudança de jardim-de-infância ou ama; Início de actividades desportivas e sociais; Perder-se do adulto em espaços públicos; Sofrer uma punição injusta; Sofrer ameaça de violência na escola ou na rua; Conflitos com as educadoras; Conflitos com os colegas

	Saúde	Hospitalização da mãe; Hospitalização do pai; Hospitalização; Acidente pessoal; Imobilização física prolongada; Doença; Doença de um membro da família
	Finanças	Despedimento do pai; Despedimento da mãe; Graves dificuldades financeiras; Significativa melhoria financeira
	Catástrofes	Guerra; Tremor de terra; Cheia
	Lar	Mudança de País; Mudança de localidade; Mudança de residência; Assalto à casa; Incêndio em casa; Mudança das condições materiais de vida; Morte ou perda de um animal de estimação
<hr/>		
Agregação2	Positivo	Reconciliação dos pais; Nascimento de um irmão; Significativa melhoria financeira; Saída de um irmão de casa; Entrada no jardim-de-infância ou ama; Início de actividades desportivas e sociais
	Negativo	Morte da mãe; Morte do pai; Morte de um irmão; Emigração da mãe; Emigração do pai; Morte de um parente próximo; Prisão da mãe; Prisão do pai; Guerra; Tremor de terra; Cheia; Morte de um amigo; Divórcio dos pais; Separação dos pais; Hospitalização da mãe; Hospitalização do pai; Hospitalização; Acidente pessoal; Imobilização física prolongada; Doença; Separação de um amigo; Doença de um amigo; Morte ou perda de um animal de estimação; Assalto à casa; Incêndio em casa; Despedimento do pai; Despedimento da mãe; Graves dificuldades financeiras; Doença de um membro da família; Perder-se do adulto em espaços públicos; Sofrer uma punição injusta; Sofrer ameaça de violência na escola ou na rua; Conflitos com as educadoras; Conflitos com os colegas

	Dúvida	Novo casamento dos pais; Gravidez da mãe; Mudança de País; Mudança de amigos; Mudança de localidade; Mudança de residência; Mudança de trabalho do pai; Mudança de trabalho da mãe; Mudança das condições materiais de vida; Mudança de jardim-de-infância ou ama
<hr/>		
Agregação3	Eu	Guerra; Tremor de terra; Cheia; Hospitalização; Acidente pessoal; Imobilização física prolongada; Doença; Mudança de País; Separação de um amigo; Mudança de amigos; Mudança de localidade; Mudança de residência; Assalto à casa; Incêndio em casa; Graves dificuldades financeiras; Significativa melhoria financeira; Mudança das condições materiais de vida; Entrada no jardim-de-infância ou ama; Mudança de jardim-de-infância ou ama; Início de actividades desportivas e sociais; Perder-se do adulto em espaços públicos; Sofrer uma punição injusta; Sofrer ameaça de violência na escola ou na rua; Conflitos com as educadoras; Conflitos com os colegas
	Outros	Morte da mãe; Morte do pai; Morte de um irmão; Emigração da mãe; Emigração do pai; Morte de um parente próximo; Prisão da mãe; Prisão do pai; Morte de um amigo; Divórcio dos pais; Separação dos pais; Novo casamento dos pais; Reconciliação dos pais; Nascimento de um irmão; Gravidez da mãe; Hospitalização da mãe; Hospitalização do pai; Doença de um amigo; Morte ou perda de um animal de estimação; Despedimento do pai; Despedimento da mãe; Mudança de trabalho do pai; Mudança de trabalho da mãe; Doença de um membro da família; Saída de um irmão de casa

---

A análise estatística efectuada permitiu-nos verificar que os acontecimentos de vida ocorridos na esfera *Social* (agregação 1), de carácter negativo (agregação 2) e na esfera pessoal – *Eu* – (agregação 3) são aqueles que apresentam as médias mais altas, dentro de cada agregação. Esta constatação significa que os acontecimentos de natureza social, os de cunho negativo e aqueles que afectam directamente o indivíduo são os mais referidos pelos inquiridos. Os Quadros 18 e 19 registam esses resultados.

Quadro 18. Estatística descritiva dos AV por dimensões

	Média	DP
Parental	0,09	0,38
Familiar	1,15	1,27
Social	<b>1,73</b>	1,54
Saúde	0,74	0,97
Finanças	0,13	0,35
Catástrofes	0,09	0,31
Lar	0,89	1,04
Negativo	<b>2,38</b>	2,14
Dúvida	1,27	1,43
Positivo	1,17	0,93
Outros	1,84	1,69
Eu	<b>2,98</b>	2,34

O número de acontecimentos de natureza social regista um mínimo de 0 e um máximo de 7 AV assinalados pelos inquiridos. Os acontecimentos de carácter social são referidos por 45,4% dos estudantes: 25,7% assinala um AV e

19,7% assinala dois AV. Os acontecimentos negativos variam entre 0 e 10 mas existem 21,3% de estudantes sem acontecimentos negativos, 20,1% com um AV negativo e 18,6% com dois. As situações de vida que afectam directamente os indivíduos (dimensão *Eu*) oscilam entre 0 e 13. Há 18,3% de estudantes com uma destas situações, mas apenas 14,3% não regista qualquer AV desta dimensão. Por outro lado, existem mais estudantes com três (15%) e quatro (15,2%) acontecimentos *pessoais*.

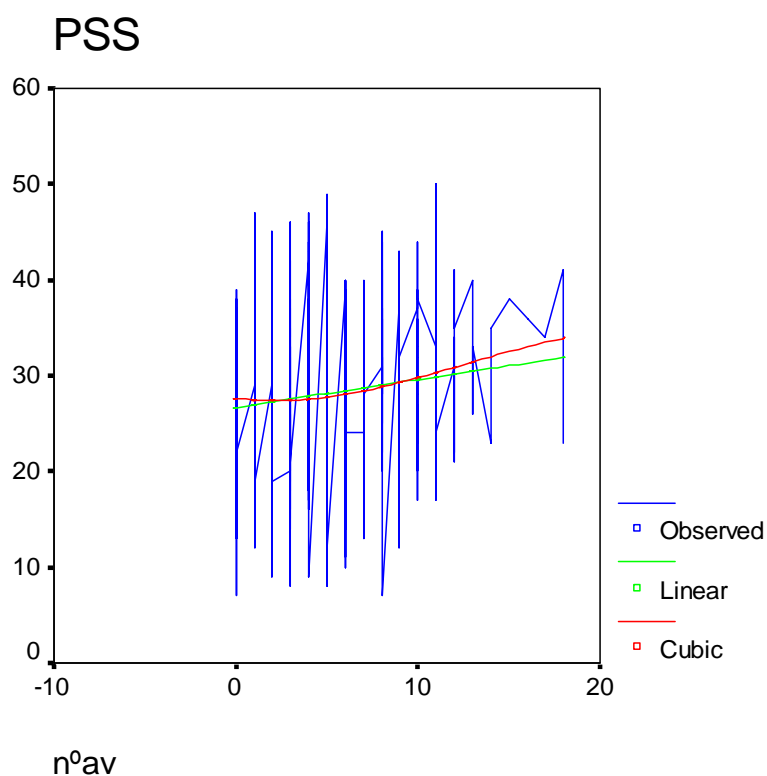
Quadro 19. Frequências dos AV por dimensões

Nº AV	Social		Negativo		Eu	
	N	%	N	%	N	%
0	114	25,5	95	21,3	64	14,3
1	115	25,7	90	20,1	82	18,3
2	88	19,7	83	18,6	63	14,1
3	74	16,6	66	14,8	67	15,0
4	33	7,4	44	9,8	68	15,2
5	13	2,9	27	6,0	39	8,7
6	6	1,3	19	4,3	33	7,4
7	4	0,9	10	2,2	13	2,9
8			7	1,6	7	1,6
9			3	0,7	6	1,3
10			3	0,7	1	0,2
11					2	0,4
12					1	0,2
13					1	0,2

#### 4 Relação entre Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse

Os dados do presente estudo revelam existir uma correlação entre os acontecimentos de vida ocorridos na infância e a percepção de stresse na adultez. O coeficiente da correlação é de 0,117 – com um nível de significância de 0,016. Nesta relação verificamos que quando o número de AV experimentados na infância aumenta, aumenta ligeiramente a percepção de stresse, mas sobretudo a partir dos quatro AV, como se pode verificar no Gráfico seguinte.

Gráfico 5. Relação Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse





Através da prova da análise da variância constatamos uma relação significativa entre sete dos AV e a percepção de stress. O Quadro 20 refere os acontecimentos de vida que se associam significativamente com a percepção de stress.

**Quadro 20. Relação entre Acontecimentos de Vida e Percepção de Stress**

Prova da análise da variância

Acontecimentos de Vida	Nº de casos	F	P
Incêndio em casa	7	4,11	0,04
Mudança de trabalho da mãe	28	4,39	0,04
Mudança de país	22	5,10	0,02
Mudança de jardim-de-infância ou ama	49	6,96	0,01
Dificuldades financeiras	28	7,24	0,01
Entrada no jardim-de-infância ou ama	247	8,59	0
Saída de um irmão de casa	15	12,17	0

Quando olhados através da agregação por dimensões, os AV da dimensão *Social* e da dimensão *Eu* (Cf. Quadro 21) registam relações significativas com a percepção do stresse. São as situações de carácter social e aquelas directamente dirigidas ao indivíduo que predizem maior percepção de stresse. O Quadro 22 assinala esses resultados da análise da regressão linear.

**Quadro 21. Acontecimentos de Vida (Dimensões Eu e Social)**

Eu	Guerra; Tremor de terra; Cheia; Hospitalização; Acidente pessoal; Imobilização física prolongada; Doença; Mudança de País; Separação de um amigo; Mudança de amigos; Mudança de localidade; Mudança de residência; Assalto à casa; Incêndio em casa; Graves dificuldades financeiras; Significativa melhoria financeira; Mudança das condições materiais de vida; Entrada no jardim-de-infância ou ama; Mudança de jardim-de-infância ou ama; Início de actividades desportivas e sociais; Perder-se do adulto em espaços públicos; Sofrer uma punição injusta; Sofrer ameaça de violência na escola ou na rua; Conflitos com as educadoras; Conflitos com os colegas
Social	Morte de um amigo; Separação de um amigo; Mudança de amigos; Doença de um amigo; Entrada no jardim-de-infância ou ama; Mudança de jardim-de-infância ou ama; Início de actividades desportivas e sociais; Perder-se do adulto em espaços públicos; Sofrer uma punição injusta; Sofrer ameaça de violência na escola ou na rua; Conflitos com as educadoras; Conflitos com os colegas

**Quadro 22. Relação entre Dimensões de AV e Percepção de Stresse**

Dimensões	Coefficiente de correlação (R)	P
Social	0,133	0,006
Eu	0,121	0,013

## 5 Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Percepção de Stresse

Quando relacionamos as variáveis sociodemográficas com o nível de stresse percebido pelos estudantes, encontramos resultados significativos que seguidamente expomos.

Mencionámos anteriormente serem as raparigas ( $M=29,42$ ) a apresentar maior percepção de stresse do que os rapazes ( $M=24,32$ ) ( $p<0,001$ ).

Olhados por licenciatura que frequentam, verificamos serem os futuros psicólogos a manifestar maior grau de stresse percebido e, ao contrário, os estudantes de medicina a acusar o mais baixo nível de stresse ( $F=5,210$ ;  $p<0,001$ ).

Quadro 23. Nível de stresse percebido segundo a licenciatura

Licenciatura	N	Média	DP
Sociologia	56	28,52	7,319
Psicologia	68	31,87	7,479
Medicina	50	23,86	8,978
Educação	55	28,60	8,804
História	50	27,74	7,761
Direito	84	26,77	8,436
Comunicação Social	58	28,69	7,972
Total	421	28,10	8,363

Os estudantes que pretendem mudar de curso registam elevada percepção de stresse ( $p=0,011$ ). Este facto leva-nos a constatar que, com efeito, o mal-estar com a sua situação académica está intimamente relacionado com a percepção de stresse.

Curiosa é também a relação não significativa entre a situação de deslocado/não deslocado e a quantidade de stresse. Não seria de esperar que os deslocados acusassem maior stresse já que lhes é exigido “mais” adaptações? Significará uma adaptação bem sucedida?

Quadro 24. Nível de stresse percebido segundo a situação de deslocado/não deslocado

	N	Média	DP
Deslocado	213	28,31	8,23
Não deslocado	208	27,89	8,51
Total	421	28,10	8,36

No grupo dos alunos deslocados, encontramos uma relação significativa ( $p=0,055$ ) entre a periodicidade da ida a casa e o nível de stresse: aqueles que vão a casa apenas nas férias são os que registam menos stresse percebido. Imediatamente a seguir àqueles situam-se os estudantes que vão a casa todos os fins-de-semana. Por outro lado, os inquiridos que revelam maior percepção de stresse são os que vão a casa menos frequentemente, de quinze em quinze dias (ligeiramente superior) e uma vez por mês.

Ao avaliarmos a relação com os professores ( $F=5,344$ ;  $p<0,001$ ) verificamos que os alunos que se sentem mais afastados dos docentes experimentam mais stresse; os que os evitam, a seguir; depois, os que

cordialmente se relacionam com eles. São os alunos que consideram os professores como amigos que mostram menor grau de stresse percebido.

**Quadro 25. Nível de stresse percebido segundo a relação com os professores**

Relação com Professores	N	Média	DP
Considero-os amigos	56	24,21	9,269
Cordialmente	309	28,27	7,912
Sinto-me afastado(a)	52	31,35	8,634
Evito-os	2	30,00	11,314
Não responde	2	24,50	0,707
Total	421	28,10	8,363

Também significativa é a relação com os colegas de turma ( $F=20,242$ ;  $p<0,001$ ). Dos inquiridos, aqueles que afirmam gostar dos colegas de turma apresentam menor stresse do que os que gostam apenas de alguns.

Por outro lado, os estudantes que não estão a conseguir estabelecer boas relações de amizade acusam um maior nível de stresse daqueles que estão a conseguir fazer amigos ( $F=9,125$ ;  $p<0,001$ ).

É curioso registar que os inquiridos que dançam semanalmente têm menos stresse ( $F=3,143$ ;  $p=0,044$ ).

É interessante atestar que os indivíduos que afirmam ter algum problema de saúde manifestem maior quantidade de stresse percebido ( $F=19,251$ ;  $p<0,001$ ). O mesmo se verifica com os estudantes que estão medicados ( $F=5,345$ ,  $p=0,021$ ).

Quadro 26. Nível de stresse percebido segundo a existência de problema de saúde e a medicação

Problema de saúde	N	Média	DP	Medicação	N	Média	DP
Sim	64	32,23	8,305	Sim	61	30,38	7,526
Não	357	27,36	8,165	Não	360	27,71	8,445
Total	421	28,10	8,363	Total	421	28,10	8,363

## 6 Relação entre Variáveis Sociodemográficas e Acontecimentos de Vida

Encontrámos apenas quatro relações significativas entre as variáveis sociodemográficas e os acontecimentos de vida.

Já previamente referido, o número de AV varia com a idade ( $p=0,026$ ) – os estudantes mais novos assinalam mais AV do que os mais velhos.

Ao olhar os inquiridos por distribuição geográfica ( $F=2,557$ ;  $p<0,001$ ) encontramos menos AV entre os indivíduos do distrito de Braga. Os inquiridos vindos de outros países são os que registam maior número de AV. Entre estes dois situam-se os indivíduos dos distritos limítrofes ao de Braga – Aveiro, Porto, Viana do Castelo e Vila Real – e resto do país.

Também verificamos uma relação significativa entre a existência de um problema de saúde ( $F=6,964$ ;  $p=0,009$ ) e a medicação ( $F=3,932$ ;  $p=0,048$ ) e os AV. Os estudantes com problema de saúde e os medicados são os que indicam mais acontecimentos de vida na infância.

**Quadro 27. Acontecimentos de vida segundo a distribuição geográfica**

	N	Média	DP
Amares	3	2,67	1,528
Barcelos	23	4,87	3,402
Braga	87	5,03	3,512
Cabeceiras de Basto	4	3,25	3,304
Esposende	9	2,56	1,236
Fafe	7	3,29	1,704
Guimarães	32	4,78	3,678
Póvoa de Lanhoso	10	4,40	3,026
Terras do Bouro	3	1,67	1,528
Vieira do Minho	8	4,00	2,673
Vila Nova de Famalicão	21	4,19	2,502
Vila Verde	15	3,80	2,178
Vizela	6	1,67	1,033
Distrito de Aveiro	4	6,50	3,697
Distrito do Porto	71	4,54	3,107
Distrito de Viana do Castelo	32	4,47	3,193
Distrito de Vila Real	23	4,39	3,340
Resto do País	35	5,26	2,883
Outros Países	48	7,08	4,089
Total	441	4,81	3,361





## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

---



## V DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

### 1 Considerações metodológicas e limitações do estudo

#### 1.1 Desenho da investigação

Sabemos que daquilo que a literatura tem vindo a dizer, acerca do estudo dos acontecimentos de vida da infância e a sua interferência na vida adulta, a escolha de um desenho longitudinal fosse talvez mais adequada. Essa opção permitiria avaliar de forma mais concludente a relação que nos propusemos estudar, uma vez que atenderia a todo o percurso de vida dos indivíduos. Não era, no entanto, um desenho exequível no âmbito onde se insere este estudo.

Relativamente à selecção do universo da pesquisa e tendo em conta a importância que a sua definição tinha no intuito deste estudo – pretendia-se uma população homogénea com o maior número de variáveis neutralizadas – reconhecemos que muitos factores fogem ao controlo pretendido. É, no entanto, assim, regra geral, quando tratamos do humano. O que talvez interesse questionar é se os resultados seriam mais definitivos ou, até, díspares se outras variáveis estivessem neutralizadas.

## 1.2 Amostra

A amostra constituída por 447 indivíduos representa 53,7% do total de alunos inscritos no primeiro ano das licenciaturas seleccionadas. Uma amostra desta dimensão foi possível quer pela situação privilegiada do inquérito face a face, nas condições únicas que o acesso à sala de aula determina, quer também pelo reduzido número (apenas 1) de inquéritos eliminados por preenchimento incompleto.

## 1.3 Inquérito

A ficha de caracterização sociodemográfica, apesar de extensa, revelou-se bastante profícua na informação que proporcionou. Através dela foi possível contextualizar a população estudada, conhecer-lhe as circunstâncias, os hábitos e as crenças. Permitiu-nos aproximar de cada um e sentir-lhes, muitas vezes, o bem-estar ou o mal-estar, a confiança no devir ou a insegurança do “novo”.

Tivemos já ocasião de referir que a metodologia proposta por Brown (entrevista em profundidade) é aquela que se apresenta como mais adequada e rica no estudo dos acontecimentos de vida. Duas notas a este propósito: a este estudo interessava o número de AV ocorridos na infância e não a sua tipologia ou, ainda, a sua severidade; por outro lado, a metodologia de Brown envolve além de tempo, recursos financeiros e humanos que nesta investigação não dispúnhamos. Daí que a utilização de uma listagem de acontecimentos elaborada por nós, com recurso às listagens já existentes e amplamente utilizadas, nos pareceu um instrumento adequado ao apuramento dos acontecimentos ocorridos na infância dos estudantes observados. Para mais, a listagem poderá agora “servir” de base para a construção de uma escala de acontecimentos de vida da infância.

A PSS foi o instrumento escolhido para avaliar a percepção de stresse, até porque, como é salientado no “Estudo IPSSO 2000” aquela “recebe a aprovação e a confirmação dos escritos e trabalhos mais cotados da área (ver, por exemplo, Cohen, Kessler e Gordon, 1997)”. O comportamento de um item da escala revelou, contudo, uma dissensão relativamente ao comportamento geral da escala, facto que não é referido nos estudos originais. A PSS foi traduzida pelo IPSSO e utilizada por este no seu estudo sobre o stresse da profissão docente. O Instituto utilizou, no entanto, a versão com 10 itens que não contempla o item em questão. O que se nos colocou como hipótese para tal comportamento do item prende-se com a tradução da escala, concretamente, do item. De facto, consideramos que a questão em causa poderá não traduzir fielmente o sentido da questão em inglês, o que justifica o seu comportamento anómalo. Esta é, no entanto, uma mera hipótese que carece de verificação, que o instrumento merece.

Por último, sublinhamos o pré-teste realizado ao inquérito. Revelou-se uma mais valia pois permitiu “afinar” algumas questões e avaliar o “comportamento” do inquérito.

## 2 Resultados

No capítulo da análise dos resultados expusemos com pormenor os dados deduzidos dos três instrumentos utilizados – ficha sociodemográfica, listagem AV e PSS. Por ora desejávamos relevar apenas os resultados fulcrais do estudo por merecerem algumas mais considerações.

### 2.1 Relação entre Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse

O estudo da influência dos acontecimentos de vida ocorridos na infância na percepção de stresse do adulto mostrou a existência desta relação. Os indivíduos que experimentaram maior número de acontecimentos durante a infância denotam uma maior percepção de stresse na idade adulta.

Estes resultados corroboram aqueles encontrados pela maioria dos estudos, mais próximos do nosso, que estabelecem a equação entre acontecimentos de vida na infância e existência de perturbação na adultez referidos anteriormente no Ponto 4 (Turner e Lloyd, 2004; Wilkins e col., 2004; Leitenberg e col., 2004; Haatainen e col., 2003; Dube, 2003; Levitan e col., 2003; Bifulco e col., 2002; Kessler e col., 1997; Rutter, 1985).

Esta é, contudo, uma relação modesta. Sabemos, como nos refere Thoits (1983), que as correlações entre acontecimentos de vida e doença, apesar de significantes, são tipicamente (e decepcionantemente) baixas. Como já referimos

anteriormente, várias podem ser as explicações para tais resultados – desde as dificuldades metodológicas, concretamente as relacionadas com a mensuração dos acontecimentos de vida, às associadas com a especificação dos tipos de AV que originam perturbações, até às relacionadas com a forma como os indivíduos lidam com os mesmos.

Para mais, no estudo presente não se avalia doença ou perturbação psicológica e/ou física mas, tão-somente, percepção de stresse. No entanto, podemos estabelecer um paralelismo ao nível das variáveis dependentes “estatuto de saúde/doença” (analisada naqueles estudos) e “percepção de stresse” (estudada na presente investigação), assumindo-as como possíveis resultados de AV. Do ponto de vista conceptual, percepção de stresse não é sinónimo de doença ou saúde, ainda que possa indicar o ponto que determinado indivíduo ocupa no contínuo salutogénese - patogénese.

O estudo revelou que quanto maior o número de acontecimentos ocorridos maior a percepção de stresse experimentada pelos indivíduos, isto é, os sujeitos que na sua infância viveram mais situações de readaptação apresentam um nível de percepção de stresse mais elevado. Este dado remete-nos para uma questão intrínseca à temática dos acontecimentos de vida, concretamente, relativa à sua quantificação, e que já tivemos oportunidade de referir ao longo do texto – a aditividade dos acontecimentos de vida. Trata-se de entender os acontecimentos, à semelhança de Holmes (1974), de uma forma aditiva ou cumulativa, isto é, a ocorrência de seis acontecimentos augura maior probabilidade no aparecimento de doença do que quatro acontecimentos e estes mais do que dois.

A este propósito faz ainda sentido voltar a referir a ideia de *proliferação de stresse* de Pearlin (1989; Pearlin e col., 1997) através da qual nos alerta para a



importância de atendermos à emergência de “stressores” tangenciais e sequenciais à situação primeira de stresse.

Mas o estudo revelou também que aquela relação só se verificava a partir da ocorrência de quatro acontecimentos, significando que até três acontecimentos a percepção de stresse não aumenta. Como Barbosa (1986; p. 59) nos refere “por outro lado, um certo número de acontecimentos pode não afectar o bem-estar psicológico mas, acima de um determinado limiar, acontecimentos adicionais podem afectar negativamente a saúde mental”. Estas duas perspectivas complementam-se, no nosso estudo. Se por um lado só a partir de quatro acontecimentos a relação se estabelece, por outro, ela intensifica-se (ainda que ligeiramente) a partir desse mesmo limiar. O que é que isto pode significar? Será que um sujeito do nosso estudo que experimentou dois ou três AV na infância percepção menos stresse por causa disso mesmo? Será que um outro que viveu quatro ou cinco AV na sua meninice percepção, enquanto adulto, mais stresse por isso mesmo? Se a resposta a estas duas questões fosse positiva, poderíamos observar aqui o reflexo dos estudos pré-clínicos de *handling*?

No que à confrontação específica com os estudos de *handling* diz respeito, a ideia basal – e aquilo que nos motivou – é igualmente fortalecida. Animais sujeitos a “stressores” mais severos na infância denotam maior reactividade ao stresse em adulto. Entre os estudos existem inquestionáveis dissemelhanças: analisámos seres humanos e não animais; debruçámo-nos em condições de carácter ambiental – familiar, parental, social, financeiro, saúde, relacional – ocorridos durante os primeiros cinco anos de vida e não na privação maternal nos primeiros dias de vida e, ainda, não estudámos a reactividade fisiológica ao stresse mas antes a percepção de stresse. Por outro lado, Levine, nos seus trabalhos, observou a reacção fisiológica dos animais no final de 15 minutos de exposição ao “stressor” (privação maternal) enquanto que no nosso

estudo observámos a percepção de stresse ao fim de pelo menos 13 anos dos acontecimentos terem tido lugar. Sabemos, no entanto, que os resultados verificados por Levine perduravam durante toda a vida dos animais; daí que a nossa questão fizesse sentido: se a reactividade fisiológica ao stresse nos animais perdura por toda a vida o mesmo acontecerá com a percepção de stresse?

## 2.2 Percepção de Stresse

Os estudantes observados apresentam um elevado grau de stresse percebido quando comparados com estudos em que a população estudada é igualmente universitária (Cohen e col., 1983). Porquê esta discrepância?<sup>13</sup> Estamos em crer que o nível elevado de stresse percebido está intimamente relacionado com o período de estudo escolhido. A escolha do início do ano foi de facto criteriosa e intencional, isto é, não obedeceu a imperativos de calendário ou mesmo à casualidade. Prendia-se com a própria definição do estudo. Pretendíamos encontrar os estudantes em situação de adaptação à universidade, momento tido pela literatura como de maior tensão, mesmo relativamente aos períodos de avaliação. A transição do ensino secundário ao superior pode ser vista como uma crise no normal curso de vida dos estudantes. A intenção seria encontrá-los numa situação acrescida de stresse para assim podermos medir a sua percepção de uma forma indubitável observando as variações com o número

---

<sup>13</sup> A discrepância deverá ser entendida, antes de mais, no contexto das diferenças sócio-culturais, tal como se refere na pág. 121.

de acontecimentos de vida experimentados na infância. Daí considerarmos o alto nível de stress percebido um reflexo do momento vivido pelos inquiridos.

### 2.3 Acontecimentos de Vida

Observámos que o registo de acontecimentos decrescia com a idade. Estará este dado relacionado com a questão da memória? Será que os indivíduos mais novos se lembram melhor daquilo que se passou na infância? Será que num período que se caracteriza de descoberta e auto-conhecimento, incrementador da identidade como é o caso da adolescência e início da adultez os sujeitos estão mais “atentos” àquilo que foi o seu passado por causa, até, do futuro?

Por outro lado, confirmamos uma das dificuldades e limitações no estudo dos acontecimentos de vida concretamente nos estudos retrospectivos. O correr do tempo obscurece, de alguma forma, o nosso passado e a memória torna-se um repositório difuso da realidade.

Ainda assim, acreditamos nas palavras sábias de Proust:

*Será que irá atingir a superfície da minha clara consciência essa recordação, o instante antigo que a atracção de um instante idêntico veio de tão longe solicitar, comover, erguer no mais fundo de mim?  
(...)*

*E de repente a recordação surgiu-me. Aquele gosto era o do pedacinho de madalena que em Combray, ao domingo de manhã (...) a minha tia Léonie, quando lhe ia dar os bons-dias ao quarto, me oferecia, depois de o ter ensopado na sua infusão de chá ou de tília. A visão da minúscula madalena nada me fizera lembrar até a ter provado; talvez porque, tendo-as visto muitas vezes depois disso, sem as comer, nas prateleiras das pastelarias, a sua imagem deixara aqueles dias de Combray para se ligar a outras mais recentes; talvez porque dessas recordações abandonadas durante tanto tempo nada sobrevivia fora da memória, tudo se havia desagregado; as formas (...) tinham sido abolidas, ou, ensonadas, haviam perdido a força de expansão que lhes permitiria chegar à consciência. Mas, quando nada subsiste de um passado antigo, após a morte dos seres, após a destruição das coisas, apenas o cheiro e o sabor, mais frágeis mas mais vivazes, mais imateriais, mais persistentes, mais fiéis, permanecem ainda por muito tempo, como almas, a fazer-se lembrados, à espera sobre a ruína de tudo o resto, a carregar sem vacilações sobre a sua gotinha quase impalpável o edifício imenso da memória. (...)*

*E, tal como naquele jogo em que os Japoneses se divertem a molhar numa tigela de porcelana cheia de água pedacinhos de papel até então indistintos e que, logo depois de ensopados, se estendem, torcem, tomam cor, se diferenciam, se transformam em flores, em casas, em personagens consistentes e reconhecíveis, assim também, agora, todas as flores do nosso jardim e as do parque do senhor Swann, e os nenúfares do Vivonne, e a boa gente da aldeia, e as suas casinhas, e a igreja, e Combray inteira mais os arredores, tudo*

*isso que toma forma e solidez, saiu, cidade e jardins, da minha xícara de chá.*

Poderá a situação de stresse analisada ter tido a força da xícara de chá?

## 2.4 Variáveis Sociodemográficas, Percepção de Stresse e Acontecimentos de Vida

Três questões afiguram-se-nos curiosas.

Em primeiro lugar, constatamos semelhante grau de stresse percebido pelos estudantes deslocados e não deslocados. Este dado induz-nos a crer numa satisfatória adaptação por parte dos indivíduos deslocados, isto é, a variável deslocação não acarreta maior tensão.

Em segundo lugar, verificamos que os indivíduos com maior suporte social (maior número de contactos qualificados positivamente) são mais resistentes ao stresse, isto é, percebem um mais baixo nível de stresse. Apesar de se excluir do nosso propósito o estudo dos factores mediadores do processo de stresse, de que o suporte social é exemplo, aquele resultado confirma uma vez mais a importância dos mediadores no estudo do stresse.

Por último, é de relevar a associação significativa entre a medicação, a existência de problema de saúde, o maior número de acontecimentos ocorridos na infância e um mais alto grau de percepção de stresse. Esta associação indica

que os indivíduos que viveram mais AV na infância são aqueles que apresentam maior percepção de stresse, são aqueles que estão medicados e que apresentam problema de saúde. Este dado, por si só, parece sublinhar a justeza da relação que nos propusemos estudar.

### 3 Propostas

Ao longo do presente trabalho, inúmeras ideias foram surgindo para investigações futuras. Apontaremos, apenas, questões centrais que, de resto, têm já sido amplamente referidas pela investigação mas que, talvez por as termos sentimos “na pele”, desejamos voltar a referir.

Em primeiro lugar, consideramos aliciente a possibilidade de realizar semelhantes estudos com outra metodologia de cariz mais qualitativo, avaliando, nomeadamente, a auto-imagem da infância. Tal metodologia permitiria uma avaliação do contexto que Pearlin incansavelmente preconiza e que a metodologia do Brown elege.

Em segundo lugar, a realização de estudos longitudinais representaria uma das estratégias de pesquisa ideais no estudo da influência dos AV precoces na percepção de stresse na idade adulta. A possibilidade de observar o decurso da vida dos sujeitos poderia “depurar” a “força” das relações verificadas, ao neutralizar limitações típicas de estudos retrospectivos, como preconiza a maioria dos investigadores sociais desta área.

As reflexões que acompanharam este trabalho, suscitadas pelos estudos que consultámos, de tão díspares proveniências disciplinares, conduzem-nos à terceira proposta, que se prende com a interdisciplinaridade na abordagem da pessoa em stresse. Com efeito, seria deveras interessante poder integrar e fazer confluir diferentes estratégias metodológicas (sociológicas, biológicas, psicológicas...) que complementassem os enfoques umas das outras, como sugerem Gunnar (2003) e Dohrenwend (2000).

Em quarto lugar, achamos pertinente dirigir o olhar sociológico também para a avaliação de mediadores do stresse, como o suporte social, o estilo de *coping* e a personalidade. Tratam-se de objectos de estudo pouco investigados pela Sociologia, apesar de autores como Pearlin (1989) e Thoits (1995) terem já discutido e edificado as traves mestras dessas pesquisas.

Por último, aquilo que nos parece ser a linha da frente das próximas investigações na área do stresse e dos acontecimentos de vida, nomeadamente, pela Sociologia da Saúde – estudar os *daily events* ou “microstressores”. Como nos refere Ramos (2001, p.116) “são constrangimentos que não acarretam mudanças profundas na história de vida das pessoas, nem representam matéria de elevada carga emocional. São situações menores de stresse que se prendem com a conjuntura das rotinas quotidianas e que traduzem os regulares aborrecimentos do dia-a-dia”. Para a Sociologia, estudar os “microstressores” poderá representar um novo enfoque na pesquisa do modo de vida das pessoas no dia-a-dia. O estudo dos “microstressores” convocaria especificamente uma abordagem da microsociologia que, no entanto, não poderia dispensar a referência macrosociológica (Giddens, 2000): as causas de stresse do dia-a-dia encerram os ditames das realidades sociológicas mais gerais. Com efeito, quantos destes “constrangimentos” e “regulares aborrecimentos do dia-a-dia” não resultam da organização social baseada na ordem económica actual, da velocidade da informação ou da solidão colectiva (Mota-Cardoso, 1999[b]), da “deformação” do tempo e do espaço, do consumo (Gonçalves, 2004)? Pensamos que o olhar sociológico sobre os “microstressores” – repetimos: as pequenas causas de stresse do dia-a-dia – se torna pertinente apenas com a questionação de algumas novidades da última década, década e meia: não será o stresse uma das razões para a proliferação de *health club's* e ginásios?, para a crescente facilidade (e publicidade) em viajar (“dentro” das propostas das agências de viagens)?, para o aumento da oferta hoteleira de *Spa's* e “programas” de saúde,



até mesmo cidadãos?, para o abrupto aumento do consumo de antidepressivos e ansiolíticos?, para a crescente demissão das pessoas em colaborar na vida comunitária?, na proliferação de literatura de auto-ajuda?

Não será o stresse, através dos seus “microstressores”, um dos grandes orquestradores do dia-a-dia da vida das pessoas?

## BIBLIOGRAFIA

---



## VI BIBLIOGRAFIA

ALDWIN, C.M., *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*, New York, Guilford Press, 1994.

ALMEIDA, L.S.; SOARES, A.P. e FERREIRA, J.A.G., "Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento dos Estudantes no Ensino Superior: Construção do Questionário de Vivências Académicas", *METHODUS: Revista Científica e Cultural da Universidade Estácio de Sá*, Nº 5, 2001, pp. 3-20.

ALMEIDA, L.S.; SOARES, A.P.; VASCONCELOS, R.M.; CAPELA, J.V.; VASCONCELOS, J.B.; CORAIS, J.M.; FERNANDES, A., "Envolvimento Extracurricular e Ajustamento Académico: Um Estudo sobre as Vivências dos Estudantes Universitários com e sem Funções Associativas" in SOARES, A.P. (Ed.), *Transição para o Ensino Superior*, Braga, Conselho Académico da Universidade do Minho, 2000.

ANDA, R.F.; CROFT, J.B.; FELITTI, V.J.; NORDENBERG, D.; GILES, W.H.; WILLIAMSON, D.F.; GIOVINO, G.A., " Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 282, Nº 17, 1999, pp. 1652-1658.

- ANESHENSEL, C.S., "Social Stress: Theory and Research", *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, 1992, pp. 15-38.
- ANESHENSEL, C.S.; RUTTER, C.M.; LACHENBRUCH, P.A., "Social Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic Models", *American Sociological Review*, Vol. 56 (April), 1991, pp. 166-178.
- ANTHONY, E.J., "Risk, Vulnerability, and Resilience: An Overview" in ANTHONY, E.J. e COHLER, B.J. (eds.) *The Invulnerable Child*, New York e London, Guilford Press, 1987.
- ANTONOVSKY, A., "O Sentido Interno de Coerência. Uma Perspectiva Histórica e Futura", Comunicação Apresentada no *III Curso de Sociologia da Saúde*, Lisboa 12 e 13 de Maio, 1994.
- ANTONOVSKY, A., *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988.
- APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R., "Development of the Stress Concept" in APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*, New York, Plenum Press, 1986.
- AVISHAI-ELINER, S.; EGHBAL-AHMADI, M.; TABACHNIK, E.; BRUNSON, K.L. e BARAM, T.Z., "Down-Regulation of Hypothalamic Corticotropin-Releasing Hormone Messenger Ribonucleic Acid (mRNA) Precedes Early-Life Experience-Induced Changes in Hippocampal Glucocorticoid Receptor mRNA", *Endocrinology*, Vol. 142, Nº 1, 2001, pp. 89-97.
- AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H., "Future Prospects for Stress Research" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.
- BARBOSA, A.J.F., *Acontecimentos de Vida e Depressão*, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1986.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G., *Terapia Cognitiva da Depressão*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.

- BELSKY, J., "Child Maltreatment: An Ecological Integration", *American Psychologist*, Vol. 35, Nº 4, 1980, pp. 321-335.
- BERGER, P.B.; LUCKMANN, T., *A Construção Social da Realidade (9.ª Edição)*, Petrópolis, Editora Vozes, 1991.
- BIFULCO, A. T.; BROWN, G.W.; HARRIS, T.O., "Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication", *Journal of Affective Disorder*, Vol. 12, Nº 2, 1987, pp. 115-128.
- BIFULCO, A.; BROWN, G.W., LILLIE, A. e JARVIS, J., "Memories of Childhood Neglect and Abuse: Corroboration in a Series of Sisters", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 38, Nº 3, 1997, pp. 365-374.
- BIFULCO, A.; MORAN, P.M.; BALL, C.; JACOBS, C.; BAINES, R., BUNN, A. E CAVAGIN, J., "Childhood Adversity, Parental Vulnerability and Disorder: Examining Inter-generational Transmission of Risk", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 43, Nº 8, 2002, pp. 1075-1086.
- BOURDIEU, P., *Contrafogos*, Oeiras, Celta Editora, 1998.
- BOWLBY, J., *A Secure Base*, London, Routledge, 1992.
- BREMNER, J.D. e VERMETTEN, E., "Stress and Development: Behavioral and Biological Consequences", *Development and Psychopathology*, Vol.13, Nº 3, 2001, pp. 473-489.
- BREMNER, J.D., "Does Stress Damage the Brain?", *Biological Psychiatry*, Vol. 45, Nº 7, 1999, 797-805.
- BREZNITZ, S., "Stress in the Prison of Its Success", *Social Research*, Vol. 61, Nº 1, 1994, pp. 167-179.
- BROWN, G.W. e ANDREWS, B., "Social Support and Depression" in APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*, New York, Plenum Press, 1986.

- BROWN, G.W. e HARRIS, T.O., "Interlude: The Origins of Life Events and Difficulties" in BROWN, G.W. e HARRIS, T.O. (eds.), *Life Events and Illness*, London, The Guilford Press, 1989.
- BROWN, G.W., "Life Events and Measurement" in BROWN, G.W. e HARRIS, T.O. (eds.), *Life Events and Illness*, London, The Guilford Press, 1989.
- BROWN, G.W., "Life Events, Psychiatric Disorder and Physical Illness", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 25, N° 5, 1981, pp. 461-473.
- BROWN, G.W., "Loss and Depressive Disorders" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- BROWN, G.W., "Meaning, Measurement, and Stress of Life Events" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- BRUNNER, E. e MARMOT, M., "Social Organization, Stress, and Health" in MARMOT, M. e WILKINSON, R.G. (ed.) *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.
- CADORET, R.J.; TROUGHTON, E.; MERCHANT, L.M. e WHITTERS, A., "Early Life Psychosocial Events and Adult Affective Symptoms" in ROBINS, L. e RUTTER, M. (eds.) *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- CALDJI, C.; TANNENBAUM, B.; SHARMA, S.; FRANCIS, D.; PLOTSKY, P.M.; MEANEY, M.J., "Maternal Care During Infancy Regulates The Development of Neural Systems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat", *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol. 95, 1998, pp. 5335-5340.
- CARETTE, S.; SURTEES, P.G.; WAINWRIGHT, N.W.; KHAW, K.T.; SYMMONS, D.P.; SILMAN, A.J., "The Role of Life Events and Childhood Experiences in the Development of Rheumatoid Arthritis", *Journal of Rheumatology*, Vol. 27, N° 9, 2000, pp. 2123-2130.

- CICCHETTI, D. e WALKER, E.F., "Editorial: Stresse and Development: Biological and Psychological Consequences", *Development and Psychopathology*, 13, 2001, pp. 413-418.
- CLEARY, P.J., "A Checklist for Life Events Research", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 24, 1980, pp. 199-207.
- COBB, S., "A Model for Life Events and Their Consequences" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- COHEN, S. e PRESSMAN, S., "Stress-Buffering Hypothesis" in ANDERSON, N.B. (ed.) *Encyclopedia of Health & Behavior, Volume 2*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2004.
- COHEN, S. e WILLIAMSON, G.M., "Perceived Stress in a Probability Sample of the United States" in SPACAPAN, S. & OSKAMP, S. (eds.), *The Social Psychology of Health*, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1988.
- COHEN, S.; EDWARDS, J.R., "Personality Characteristics as Moderators of the Relationship Between Stress and Disorder" in NEUFELD, R. (ed.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress*, New York, John Wiley & Sons, 1989.
- COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R., "A Global Measure of Perceived Stress", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 24, 1983, pp. 385-396.
- COHEN, S.; KESSLER, R.C. e UNDERWOOD GORDON, L., "Strategies for Measuring Stress in Studies of Psychiatric and Physical Disorders" in COHEN, S.; KESSLER, R.C. & UNDERWOOD GORDON, L., (eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 1997.
- COHLER, B.J., "Adversity, Resilience, and the Study of Lives" in ANTHONY, E.J. e COHLER, B.J. (eds.) *The Invulnerable Child*, New York e London, Guilford Press, 1987.
- COSTELLO, E.J.; ANGOLD, A.; MARCH, J. e FAIRBANK, J., "Life Events and Post-traumatic Stress: The Development of a New Measure for Children and Adolescents", *Psychological Medicine*, Vol. 28, 1998, pp. 1275-1288.



- COYNE, J.C. e LAZARUS, R.S., "Cognitive Style, Stress Perception, and Coping" in KUTASH, I.L. e SCHLESINGER, L.B. (eds.), *Handbook on Stress and Anxiety. Contemporary Knowledge, Theory, and Treatment*, San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
- COYNE, J.C.; DOWNEY, G., "Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes", *Annual Review of Psychology*, Vol. 42, 1991, pp. 401-425.
- DAUGE, V., "Impact Neurobiologique de la Séparation mère/Nouveau-né Chez le Rongeur ", *Medecine/Sciences*, Vol. 19, N° 5, 2003, pp. 607-611.
- DeLONGIS, A.; FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S., "The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 54, N° 3, 1988, 486-495.
- DOHRENWEND, B.P., "Note on a Program of Research on Alternative Social Psychological Models of Relationships Between Life Stress and Psychopathology" in APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*, New York, Plenum Press, 1986.
- DOHRENWEND, B.P., "Problems in Defining and Sampling the Relevant Population of Stressful Life Events" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- DOHRENWEND, B.P., "The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Evidence and its Implications for Theory and Research", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41 (March), 2000, pp. 1-19.
- DOHRENWEND, B.P., "Overview and Evidence for the Importance of Adverse Environmental Conditions in Causing Psychiatric Disorders" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- DOHRENWEND, B.P.; LEVAV, I.; SHROUT, P.E.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B.G.; SKODOL, A.E.; STUEVE, A., "Ethnicity, Socioeconomic Status, and Psychiatric Disorders: A Test of the Social Causation-Social Selection Issue" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.

- DOHRENWEND, B.P.; LEVAV, I.; SHROUT, P.E.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B.G.; SKODOL, A.E.; STUEVE, A., "Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue", *Science*, Vol. 255, 1992, pp.649-652.
- DOHRENWEND, B.P.; LINK, B.G.; KERN, R.; SHROUT, P.E. e MARKOWITZ, J., "Measuring Life Events: The Problem of Variability Within Event Categories", *Stress Medicine*, Vol. 6, 1990, pp. 179-187.
- DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P., "A Brief Historical Introduction to Research on Stressful Life Events" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974(a).
- DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P., "Overview and Prospects for Research on Stressful Life Events" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974(b).
- DOHRENWEND, B.S.; KRASNOFF, L.; ASKENASY, A.R. e DOHRENWEND, B.P., "Exemplification of a Method for Scaling Life Events: The PERI Life Events Scale", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 19 (June), 1978, pp. 205-229.
- DUBE, S.R.; FELITTI, V.J.; DONG, M.; CHAPMAN, D.P.; GILES, W.H.; ANDA, R.F., "Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study", *Pediatrics*, Vol. 111, Nº 3, 2003, pp. 564-572.
- DUBE, S.R.; FELITTI, V.J.; DONG, M.; GILES, W.H.; ANDA, R.F., "The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900", *Preventive Medicine*, Vol. 37, Nº 3, 2003, pp. 268-277.
- ENGEL, B.T., "Stress is a Noun! No, a Verb! No, an Adjective!" in FIELD, T.M.; MCCABE, P.M.; SCHNEIDERMAN, N. (eds.), *Stress and Coping*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1985.

- FELSMAN, J.K.; VAILLANT, G.E., "Resilient Children as Adults: A 40-Year Study" in ANTHONY, E.J. e COHLER, B.J. (eds.) *The Invulnerable Child*, New York e London, Guilford Press, 1987.
- FIELD, T.M., "Coping With Separation Stress by Infants and Young Children" in FIELD, T.M.; McCABE, P.M.; SCHNEIDERMAN, N. (eds.), *Stress and Coping*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1985.
- FIGUEIREDO, B.; FERNANDES, E.; MATOS, R. e MAIA, A., "Maus Tratos na Infância: Trajectórias Desenvolvimentais e Intervenção Psicológica na Idade Adulta" in GONÇALVES, R.A. e MACHADO, C. (coords.), *Violência e Vítimas de Crimes: Vol. 1 – Adultos*, Coimbra, Quarteto Editora, 2002.
- FONTAINE, O. ; KULBERTUS, H. e ÉTIENNE, A.-M., *Stress e Cardiologia*, Lisboa, Climepsi Editores, 1998.
- FRANKENHAEUSER, M., "A Psychobiological Framework for Research on Human Stress and Coping", in APPLEBY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*, New York, Plenum Press, 1986.
- FRIEDMAN, S.; SMITH, L.; FOGEL, D.; PARADIS, C.; VISWANATHAN, R.; ACKERMAN, R. e TRAPPLER, B., "The Incidence and Influence of Early Traumatic Life Events in Patients with Panic Disorder: A Comparison with other Psychiatric Outpatients", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 16, Nº 3, 2002, pp. 259-272.
- GABE, J.; BURY, M. e ELSTON, M.A., *Key Concepts in Medical Sociology*, London, Sage, 2004.
- GANSTER, D.C., "Type A Behavior and Occupational Stress" in IVANCEVICH, J.M. e GANSTER, D.C. (eds.), *Job Stress: From Theory to Suggestion*, New York, The Haworth Press, 1987.
- GARRITY, T.F.; MARX, M.B. e SOMESET, G.W., "The Relationship of Recent Life Change to Seriousness of Later Illness", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 22, 1978, pp. 7-12.

- GARTSIDE, S.E.; JOHSON, D.A.; LEITCH, M.M.; TROAKES, C.; INGRAM, C.D., "Early Life Adversity Programs Changes in Central 5-HT Neuronal Function in Adulthood", *European Journal of Neuroscience*, Vol. 17, Nº 11, 2003, pp. 2401-2408.
- GEARY, M.; HINDMARSH, P.C., "Childhood Influences on Adult Disease", *Hospital Medicine*, Vol. 59, Nº 4, 1998, pp. 298-303.
- GERSTEN, J.C.; LANGNER, T.S.; EISENBERG, J.G. e ORZEK, L., "Child Behavior and Life Events: Undesirable Change or Change Per Se?" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B., *O Inquérito: Teoria e Prática*, Lisboa, Celta Editora, 1993.
- GIDDENS, A., *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta Editora, 1994.
- GIDDENS, A., *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- GILMAN, S.E.; KAWACHI, I.; FITZMAURICE, G.M., BUKA, L.; "Socio-economic Status, Family Disruption and residential Stability in Childhood: Relation to Onset, Recurrence and Remission of Major Depression", *Psychological Medicine*, Vol. 33, Nº 8, 2003, pp. 1341-1355.
- GOFFMAN, E., *A Apresentação do Eu na Vida de todos os Dias*, Lisboa, Relógio D'Água Editores, 1993.
- GONÇALVES, A., "A Insustentável Leveza da Origem Social: A Inserção Profissional dos Licenciados da Universidade do Minho segundo o Grau de Instrução dos Pais", *Revista Portuguesa de Educação*, Vol. 13, Nº 2, 2000, pp. 157-174.
- GONÇALVES, A., "Um Perfume de Utopia: Ir às Compras ao Hipermercado", *Comunicação e Sociedade*, Vol. 4, 2002, pp. 315-319
- GONÇALVES, A., *As Asas do Diploma: A Inserção Profissional dos Licenciados pela Universidade do Minho*, Braga, Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem, 2001.

- GONÇALVES, A., *Imagens e Clivagens: Os Residentes face aos Emigrantes*, Porto, Edições Afrontamento, 1996.
- GONÇALVES, A., *Métodos e Técnicas de Investigação Social. Programa, Conteúdo e Métodos de Ensino Teórico e Prático*, Relatório apresentado à Universidade do Minho para Concurso Documental para um Lugar de Professor Associado no Grupo Disciplinar de Sociologia, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 1998.
- GORE, S., "Perspectives on Social Support and Research on Stress Moderating Processes" In IVANCEVICH, J.M. e GANSTER, D.C. (eds.), *Job Stress: From Theory to Suggestion*, New York, The Haworth Press, 1987.
- GRZYWACZ, J.G.; ALMEIDA, D.M.; NEUPERT, S.D.; ETTNER, S.L., "Socioeconomic Status and Health: A Micro-level Analysis of Exposure and Vulnerability to Daily Stressors", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45 (March), 2004, pp. 1-16.
- GUNNAR, M.R., "Integrating Neuroscience and Psychological Approaches in the Study of Early Experiences", *Annals of the New York Academy of Sciences*, Nº 1008, 2003, pp. 238-247.
- HAATAINEN, K.M.; TANKSKANEN, A.; KYLMA, J.; HONKALAMPI, K.; KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HINTIKKA, J.; ANTIKAINEN, R.; VIINAMAKI, H., "Gender Differences in the Association of Adult Hopelessness with Adverse Childhood Experiences", *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, Vol. 38, Nº 1, 2003, pp. 12-17.
- HAMMEN, C.; HENRY, R.; DALEY, S.E., "Depression and Sensitization to Stressors among Young Women as a Function of Childhood Adversity", *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 68, Nº 5, 2000, pp. 782-787.
- HARDT, J. e RUTTER, M., "Validity of Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Review of the Evidence", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 45, Nº 2, 2004, pp. 260-273.
- HARRIS, T.; BROWN, G.W.; BIFULCO, A., "Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care", *Psychological Medicine*, Vol. 16, Nº 3, 1986, pp. 641-659.

- HARRIS, T.; BROWN, G.W.; BIFULCO, A., "Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of social class position and premarital pregnancy", *Psychological Medicine*, Vol. 17, N° 1, 1987, pp. 163-183.
- HEIM, C.; NEMEROFF, C.B., "The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies", *Biological Psychiatry*, Vol. 49, N° 12, 2001, pp. 1023-1039.
- HEIM, C.; NEWPORT, D.J.; BONSALL, R.; MILLER, A.H.; NEMEROFF, C.B., "Altered Pituitary-Adrenal Axis Response to Provocative Challenge Tests in Adult Survivors of Childhood Abuse", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, N° 4, 2001, pp. 575-581.
- HEIM, C.; NEWPORT, D.J.; HEIT, S.; GRAHAM, Y.P.; WILCOX, M.; BONSALL, R.; MILLER, A.H.; NEMEROFF, C.B., "Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 284, 2000, pp. 592-597.
- HEIM, C.; NEWPORT, D.J.; WAGNER, D.; WILCOX, M.M.; MILLER, A.H.; NEMEROFF, C.B., "The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis", *Depression and Anxiety*, Vol.15, N° 3, 2002, pp. 117-125.
- HERBERT, T.B. e COHEN, S., "Measurement Issues in Research on Psychosocial Stress" in KAPLAN, H.B. (Ed.), *Psychosocial Stress: Perspectives on Structure, Theory, Life course, and Methods*, New York, Academic Press, 1996.
- HESS, L.E., "Changing Family Patterns in Western Europe: Opportunity and Risk Factors for Adolescent Development" in RUTTER, M. e SMITH, D.J. (eds.) *Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and Their Causes*, Chichester, John Wiley and Sons, 1995.
- HINKLE, Jr., L.E., "The Concept of «Stress» in the Biological and Social Sciences" in LIPOWSKI, Z.J.; LIPSIT, D.R.; WHYBROW, P.C. (eds.), *Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Applications*, New York, Oxford University Press, 1977.

- HINKLE, Jr., L.E., "The Effect of Exposure to Culture Change, Social Change, and Changes in Interpersonal Relationships on Health" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- HOLAHAN, C.J., e MOOS, H.M., "Life Stressors and Mental Health: Advances in Conceptualizing Stress Resistance" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.
- HOLMES, T.H. e MASUDA, M., "Life Change and Illness Susceptibility" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- HOLMES, T.H. e RAHE, R.H., "The Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 11, 1967, pp. 213-218.
- HOPE, S.; POWER, C.; RODGERS, B., "The Relationship between Parental Separation in Childhood and Problem Drinking in Adulthood", *Addiction*, Vol. 93, Nº 4, 1998, pp. 505-514.
- HORWITZ, A.V.; WIDOM, C.S.; McLAUGHLIN, J.; WHITE, H.R., "The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 42, Nº 2, 2001, pp. 184-201.
- HSU, F.-C.; ZHANG, G.-J.; RAOL, Y.S.H.; VALENTINO, R.J.; COUTLER, D.A.; BROOKS-KAYAL, A.R., "Repeated Neonatal Handling with Maternal Separation Permanently Alters Hippocampal GABAA Receptors and Behavioral Stress Responses", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol. 100, Nº 21, 2003, pp. 12213-12218.
- HUDGENS, R.W., "Personal Catastrophe and Depression: A Consideration of the Subject with Respect to Medically Ill Adolescents, and a Requiem for Retrospective Life-Event Studies" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.

- IWASAKI, Y., "Roles of Leisure in Coping with Stress among University Students: A Repeated-Assessment Field Study", *Anxiety, Stress, and Coping*, Vol. 16, Nº 1, 2003, pp. 31-57.
- JACOBSON, D., "Context and the Sociological Study of Stress: An Invited Response to Pearlin (Vol. 30, Nº 3)", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30 (September), Nº 3, 1989, pp. 257-260.
- JONES, E., *Que é a Psicanálise? (3.ª edição)*, Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1977.
- KAPLAN, H.B. e DAMPHOUSE, K.R., "Reciprocal Relationships Between Life Events and Psychological Distress", *Stress Medicine*, Vol. 13, 1997, pp. 75-90.
- KAPLAN, H.B., "Psychological Distress in Sociological Context: Toward a General Theory of Psychosocial Stress" in KAPLAN, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- KESSLER, R.C., "Methodological Issues in the Study of Psychosocial Stress" in KAPLAN, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- KESSLER, R.C., "The Effects of Stressful Life Events on Depression", *Annual Review of Psychology*, Vol. 48, 1997, pp. 191-214.
- KESSLER, R.C., "The Long-term Effects of Childhood Adversities on Depression and Other Psychiatric Disorders" in HARRIS, T.O. (ed.), *Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. Brown*, London, Routledge, 2000.
- KESSLER, R.C.; DAVIS, C.G.; KENDLER, K.S., "Childhood Adversity and Adult Psychiatric Disorder in the US National Comorbidity Survey", *Psychological Medicine*, Vol. 27, Nº 5, 1997, pp. 1101-1119.
- KESSLER, R.C.; MAGEE, W.J., "Childhood Family Violence and Adult Recurrent Depression", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35 (March), Nº 2, 1994, pp. 13-27.
- KESSLER, R.C.; McLEOD, J.D., "Sex Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events", *American Sociological Review*, Vol. 49 (October), 1984, pp. 620-631.



- KING, J.A.; EDWARDS, E., "Early Stress and Genetic Influences on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Functioning in Adulthood", *Hormones and Behavior*, Vol. 36, N° 2, 1999, pp.79-85.
- KOBASA, S.C., "Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37, N° 1, 1979, pp. 1-11.
- KOBASA, S.C.; MADDI, S.R. e KAHN, S., "Hardiness and Health: A Prospective Study", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 42, N° 1, 1982, pp. 168-177.
- KORKEILA, K.; KIVELA, S.L.; SUOMINEN, S.; VAHTERA, J.; KIVIMAKI, M.; SUNDELL, J.; HELENIUS, H.; KOSKENVUO, M., "Childhood Adversities, Parent-Child Relationships and Dispositional Optimism in Adulthood", *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, Vol. 39, N° 4, 2004, pp. 286-292.
- KRAEMER, G.W.; BACHEVALIER, J., "Cognitive Changes Associated With Persisting Behavioral Effects of Early Psychosocial Stress in Rhesus Monkeys: A View From Psychobiology" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- KREITLER, S.; ARONSON, M.; BERLINER, S.; KREITLER, H.; WEISSLER, K. e ARBER, N., "Life Events and Personal Problems: Their Physiological and Emotional Effects", *Personal and Individual Differences*, Vol. 18, N° 1, 1995, pp. 101-116.
- KUHN, T.S., "La Structure des Révolutions Scientifiques", Paris, Flammarion, 1972.
- LAMPE, A.; DOERING, S.; RUMPOLD, G.; SOLDER, E.; KRISMER, M.; KANTNER-RUMPLMAIR, W.; SCHUBERT, C.; SOLLNER, W., "Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 54, N° 4, 2003, pp. 361-367.
- LAZARUS, R.S. e FOLKMAN, S., "Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity" in APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspective*, New York, Plenum Press, 1986.
- LAZARUS, R.S. e FOLKMAN, S., *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer Publishing Company, 1984.

- LAZARUS, R.S., "From Psychological Stress to the Emotions: a History of Changing Outlooks", *Annual Review of Psychology*, Vol. 44, 1993, pp. 1-21.
- LAZARUS, R.S., "Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness" in LIPOWSKI, Z.J.; LIPSIT, D.R.; WHYBROW, P.C. (eds.), *Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Applications*, New York, Oxford University Press, 1977.
- LEITENBERG, H.; GIBSON, L.E.; NOVY, P.L., "Individual Differences among Undergraduate Women in Methods of Coping with Stressful Events: The Impact of Cumulative Childhood Stressors and Abuse", *Child Abuse and Neglect*, Vol. 28, Nº 2, 2004, pp. 181-192.
- LEVENTHAL, H. e NERENZ, D.R., "A Model for Stress Research With Some Implications for the Control of Stress Disorders" in MEICHENBAUM, D. e JAREMKO, M.E., *Stress Reduction and Prevention*, New York, Plenum Press, 1983.
- LEVINE, S. e COE, C.L., "The Use and Abuse of Cortisol as a Measure of Stress" in FIELD, T.M.; McCABE, P.M.; SCHNEIDERMAN, N. (eds.), *Stress and Coping*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1985.
- LEVINE, S., "Infantile Experience and Resistance to Physiological Stress", *Science*, Vol.126, 30 August, 1957, pp. 405-406.
- LEVITAN, R.D.; RECTOR, N.A.; SHELDON, T.; GOERING, P., "Childhood Adversities Associated with Major Depression and/or Anxiety Disorders in a Community Sample of Ontario: Issues of Co-morbidity and Specificity", *Depression and Anxiety*, Vol. 17, Nº 1, 2003, pp. 34-42.
- LINK, B.G.; PHELAN, J., "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 1995, pp. 80-94.
- LIPP, M.E.N., "O Stress da Criança e Suas Consequências" in LIPP, M.E.N. (org.), *Crianças Estressadas. Causas, Sintomas e Soluções*, Campinas, SP, Papirus, 2000.
- LIU, D.; CALDJI, C.; SHARMA, S.; PLOTSKY, P.M.; MEANEY, M.J., "Influence of Neonatal Rearing Conditions on Stress-Induced Adrenocorticotropin Responses and

- Norepinephrine Release in the Hypotalamic Paraventricular Nucleus", *Journal of Neuroendocrinology*, Vol. 12, Nº 1, 2000, pp. 5-12.
- LOCHNER, C.; DU TOIT, P.L.; ZUNGU-DIRWAYI, N.; MARAIS, A.; VAN KRADENBURG, J.; SEEDAT, S.; NIEHAUS, D.J.; STEIN, D.J., "Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controls", *Depression and Anxiety*, Vol. 15, Nº 2, 2002, pp. 66-68.
- LUCARELLI, M.D.M., "O Diagnóstico do Stress Infantil" in LIPP, M.E.N. (org.), *Crianças Estressadas. Causas, Sintomas e Soluções*, Campinas, SP, Papirus, 2000.
- MAARANEN, P.; TANSKANEN, A.; HAATAINEN, K.; KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HINTIKKA, J.; VIINAMAKI, H., "Somatoform Dissociation and Adverse Childhood Experiences in the General Population", *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192, Nº 5, 2004, pp. 337-342.
- MACK, K.Y., "Childhood Family Disruptions and Adult Well-Being: The Differential Effects of Divorce and Parental Death", *Death Studies*, Vol. 25, Nº 5, 2001, pp. 419-443.
- MacMILLAN, H.L.; FLEMING, J.E.; STREINER, D.L.; LIN, E.; BOYLE, M.H.; JAMIESON, E.; DUKU, E.K.; WALSH, C.A.; WONG, M.Y.; BEARDSLEE, W.R., "Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, Nº 11, 2001, pp.1878-1883.
- MARKUSH, R.E. e FAVERO, R.V., "Epidemiologic Assessment of Stressful Life Events, Depressed Mood, and Psychophysiological Symptoms – A Preliminary Report" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- MATOS, R. e FIGUEIREDO, B., "Maus Tratos à Criança: Factores de Risco e Factores Protectores", *Psiquiatria Clínica*, Vol. 22, Nº 3, 2001, pp. 273-280.
- McLEAN, D.E. e LINK, B.G., "Unravelling Complexity: Strategies to Refine Concepts, Measures, and Research Designs in the Study of Life Events and Mental Health" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.

- McLEOD, J.D., "Childhood Parental Loss and Adult Depression", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 32 (September), Nº 3, 1991, pp. 205-220.
- McLEOD, J.D.; KESSLER, R.C., "Socioeconomic Status Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 31 (June), 1990, pp. 162-172.
- MEANEY, M.J.; DIORIO, J.; FRANCIS, D.; WEAVER, S.; YAU, J.; CHAPMAN, K.; SECKL, J.R., "Postnatal Handling Increases The Expression of cAMP-Inducible Transcription Factors in the Rat Hippocampus: The Effects of Thyroid Hormones and Serotonin", *Journal of Neuroscience*, Vol. 20, Nº 10, 2000, pp. 3926-3935.
- MECHANIC, D., "Discussion of Research Programs on Relations between Stressful Life Events and Episodes of Physical Illness" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- MECHANIC, D., "Social Structure and Personal Adaptation: Some Neglected Dimensions" in COELHO, G.V.; HAMBURG, D.A. e ADAMS, J.E., *Coping and Adaptation*, New York, Basic Books, 1974.
- MEERLO, P.; HORVATH, K.M.; NAGY, G.M.; BOHUS, B.; KOOLHAAS, J.M.; "The Influence of Postnatal Handling on Adult Neuroendocrine and Behavioural Stress Reactivity", *Journal of Neuroendocrinology*, Vol. 11, Nº 12, 1999, pp. 925-933.
- MENAGHAN, E.G., "Individual Coping Efforts: Moderators of the Relationship between Life Stress and Mental Health Outcomes" in KAPLAN, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- MILLER, F.T.; BENTZ, W.K.; APONTE, J.F. e BROGAN, D.R., "Perception of Life Crisis Events: A Comparative Study of Rural and Urban Samples" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- MIROWSKY, J.; ROSS, C.E., "Measurement for a Human Science", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43 (June), 2002, pp. 152-170.

- MONROE, S.M. e KELLEY, J.M., "Measurement of Stress Appraisal" in COHEN, S.; KESSLER, R.C. & UNDERWOOD GORDON, L., (eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 1997.
- MONROE, S.M. e McQUAID, J.R., "Measuring Life Stress and Assessing Its Impact on Mental Health" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.
- MOREIRA, C.D., *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 1994.
- MOTA-CARDOSO, R. (org.), *O Stress na Profissão Docente: Como Prevenir, Como Manejar*, Porto, Porto Editora, 1999(a).
- MOTA-CARDOSO, R., "Macroscopia do Stress", *Psyche*, Vol. 3, Nº 1, 1997, pp. 3-4.
- MOTA-CARDOSO, R.; ARAÚJO, A.; RAMOS, R.C.; GONÇALVES, G.; RAMOS, M., *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*, Porto, Porto Editora, 2002.
- MOTA-CARDOSO, R.; PALHINHAS, J.; VERÍSSIMO, R.; PAIS, A.B.; MOURA, L., "Estudo Prospectivo de Um Acidente de Vida", *Psiquiatria Clínica*, Vol. 17, Nº 4, 1996, pp. 277-290.
- MOTA-CARDOSO, R.; VERÍSSIMO, R.; PAIS, A.B.; PALHINHAS, J.; MOURA, L., "Avaliação do Meio, Autoconceito e Mecanismos de *Coping* – Determinações Apriorísticas de Traços Psicopatológicos", *Psiquiatria Clínica*, Vol. 9, Nº 4, 1988, pp. 239-265.
- MOTA-CARDOSO, R.M.A., "Viagem Pela Patologia Quotidiana: Do Pátio das Cantigas ao Portugal dos Pequenitos", *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol. 1, Nº 1, 1999(b), pp. 23-32.
- MOTA-CARDOSO, R.M.A., *Auto-Regulação dos Sistemas Naturais*, Faculdade de Medicina do Porto, Lição de Síntese, 2000.
- MOTA-CARDOSO, R.M.A., *Enfarte do Miocárdio. Factores de Risco da Pessoa em Situação*. Dissertação de Doutoramento Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1984.

MYERS, J.K.; LINDENTHAL, J.J. e PEPPER, M.P., "Social Class, Life Events, and Psychiatric Symptoms: A Longitudinal Study" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Chapter 2: Vulnerability and Resilience*, URL: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/baschap2.cfm>, [21-02-2002].

NUNES, A.S., *Questões Preliminares Sobre as Ciências Sociais*, Lisboa, Editorial Presença, 1994.

NUNES, J.A., "Erving Goffman, a Análise de Quadros e a Sociologia da Vida Quotidiana", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Nº 37, 1993, pp.33-49.

PARKER, G.; GLADSTONE, G.; MITCHELL, P.; WILHELM, K.; ROY, K., "Do Early Adverse Experiences Establish a Cognitive Vulnerability to Depression on Exposure to Mirroring Life Events in Adulthood?", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 57, Nº 1-3, 2000, pp. 209-215.

PAYKEL, E.S., "Life Stress and Psychiatric Disorder: Applications of the Clinical Approach" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.

PEARLIN, L.I. e TURNER, H.A., "The Family as a Context of the Stress Process" in KASL, S.V. e COOPER, C.L. (eds.), *Stress and Health: Issues in Research Methodology*, Chichester, John Wiley & Sons, Ltd, 1987.

PEARLIN, L.I., "Role Strains and Personal Stress" in Kaplan, H.B. (ed.), *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.

PEARLIN, L.I., "Structure and Meaning in Medical Sociology", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 33 (March), 1992, pp. 1-9.

PEARLIN, L.I., "The Sociological Study of Stress", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30 (September), Nº 3, 1989, pp. 241-256.

- PEARLIN, L.I.; ANESHENSEL, C.S.; LEBLANC, A.J., "The Forms and Mechanisms of Stress Proliferation: The Case of AIDS Caregivers", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38 (September), Nº 3, 1997, pp. 223-236.
- PERRY, B.D. e POLLARD, R., "Homeostasis, Stress, Trauma, and Adaptation. A Neurodevelopmental View of Childhood Trauma", *Child and Adolescent Clinics of North America*, Vol. 7, Nº 1, 1998, pp. 33-51.
- PROUST, M., *Em Busca do Tempo Perdido: Do Lado de Swann*, Lisboa, Relógio D'Água Editores, 2003.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V., *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1992.
- RAHE, R.H., "The Pathway between Subjects' Recent Life Changes and Their Near-Future Illness Reports: Representative Results and Methodological Issues" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- RAMOS, M., "O Corpo em Stresse Mental", Comunicação Apresentada no 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa 28-30 de Junho, 2004.
- RAMOS, M., *Desafiar o Desafio: Prevenção do Stresse no Trabalho*, Lisboa, RH Editora, 2001.
- RAMOS, M.F., "Compreender e Avaliar" in MOTA-CARDOSO, R. (org.), *O Stress na Profissão Docente: Como Prevenir, Como Manejar*, Porto, Porto Editora, 1999.
- RICE, F.; HAROLD, G.T.; THAPAR, A., "Negative Life Events as an Account of Age-Related Differences in the Genetic Aetiology of Depression in Childhood and Adolescence", *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Vol. 44, Nº 7, 2003, pp. 977-987.
- ROBINS, L.N.; ROBERTSON, J., "Exposure to «Fateful» Events: A Confounder in Assigning Casual Roles to Life Events" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.

- RODGERS, B., "Influences of Early-Life and Recent Factors on Affective Disorder in Women: An Exploration of Vulnerability Models" in ROBINS, L. e RUTTER, M. (eds.) *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- RONEN, T.; RAHAV, G. e ROSENBAUM, M., "Children's Reactions to a War Situation as a Function of Age and Sex", *Anxiety, Stress, and Coping*, Vol. 16, Nº 1, 2003, pp. 59-69.
- RUTTER, M., "Childhood Experiences and Adult Psychosocial Functioning", *Ciba Found Symposium*, Vol. 156, 1991, pp. 189-200.
- RUTTER, M., "Pathways from Childhood to Adult Life", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 30, Nº 1, 1989, pp. 23-51.
- RUTTER, M., "Psychopathology and Development: Links between Childhood and Adult Life" in RUTTER, M.; HERSOV, L. (eds.) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches (second edition)*, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1985.
- RUTTER, M., "Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms", *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 57, Nº 3, 1987, pp. 316-331.
- RUTTER, M., "Stress Research: Accomplishments and Tasks Ahead" in HAGGERTY, R.J.; SHERROD, L.R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (eds.) *Stress, Risk, and resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- RUTTER, M.; MAUGHAN, B., "Psychosocial Adversities in Childhood and Adult Psychopathology", *Journal of Personality Disorders*, Vol. 11, Nº 1, 1997, pp. 4-18.
- SAAVEDRA, L.; ALMEIDA, L.S.; GONÇALVES, A.; SOARES, A.P., "Pontos de Partida, Pontos de Chegada: Impacto de Variáveis Sócio-culturais no Ingresso ao Ensino Superior", *Sociedade e Cultura 6, Cadernos do Noroeste, Série Sociologia*, Vol. 20, Nº 1-2, no prelo.
- SANTOS, B.S., *Um Discurso Sobre as Ciências (12.ª Edição)*, Porto, Edições Afrontamento, 2001.



- SANTOS, L., *Adaptação Académica e Rendimento Escolar: Estudo com Alunos Universitários do 1.º ano*, Braga, Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem, 2001.
- SAPOLSKY, R.M., "Stress and Plasticity in the Limbic System", *Neurochemical Research*, Vol. 28, Nº 11, 2003, pp. 1735-1742.
- SAPOLSKY, R.M., "The Importance of a Well-Groomed Child", *Science*, Vol. 277, 12 September, 1996, pp.1620-1621.
- SAPOLSKY, R.M., "Why Stress Is Bad for Your Brain", *Science*, Vol. 273, 9 August, 1996, pp. 749-750.
- SAPOLSKY, R.M.; ROMERO, L.M.; MUNCK A.U., "How Do Glucocorticoids Influence Stress Responses? Integrating Permissive, Suppressive, Stimulatory, and Preparative Actions", *Endocrine Reviews*, Vol. 21, Nº 1, 2000, pp. 55-89.
- SARASON, I.G.; PIERCE, G.R.; SARASON, B.R., "General and Specific Perceptions of Social Support" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.
- SCHNEIDERMAN, N. e McCABE, P.M., "Biobehavioral Responses to Stressors" in FIELD, T.M.; McCABE, P.M.; SCHNEIDERMAN, N. (eds.), *Stress and Coping*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1985.
- SELYE, H., "Stress, Cancer and the Mind" in TACHÉ, J.; SELYE, H.; DAY, S.B. (eds.), *Cancer, Stress and Death*, New York, Plenum Publishing Corporation, 1979.
- SELYE, H., "The Stress Concept Today" in KUTASH, I.L. e SCHLESINGER, L.B. (eds.), *Handbook on Stress and Anxiety. Contemporary Knowledge, Theory, and Treatment*, San Francisco, Jossey-Bass Inc, 1980.
- SELYE, H., *The Stress of Life (Revised Edition)*, New York, McGraw-Hill, 1978.
- SIMEON, D.; GURALNIK, O.; SCHMEIDLER, J.; SIROF, B.; KNUTELSKA, M., "The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, Nº 7, 2001, pp.1027-1033.

- STEWART, C.A.; PETRIE, R.X.; BALFOUR, D.J.; MATTHEWS, K.; REID, I.C.; "Enhanced Evoked Responses After Early Adversity and Repeated Platform Exposure: The Neurobiology of Vulnerability?", *Biological Psychiatry*, Vol. 55, N° 8, 2004, pp. 868-870.
- STUEVE, A.; DOHRENWEND, B.P.; SKODOL, A.E., "Relationships between Stressful Life Events and Episodes of Major Depression and Nonaffective Psychotic Disorders: Selected Results from a New York Risk Factor Study" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- SURTEES, P.; WAINWRIGHT, N.; DAY, N.; BRAYNE, C.; LUBEN, R.; KHAW, K.T.; "Adverse Experience in Childhood as a Development Risk Factor for Altered Immune Status in Adulthood", *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 10, N.º 3, 2003, 251-268.
- TEICHER, M.H., ANDERSEN, S.L., POLCARI, A.; ANDERSON, C.M.; NAVALTA, C.P., "Development Neurobiology of Childhood Stress and Trauma", *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 25, N° 2, 2002, 397-426.
- THEORELL, T., "Life Events Before and After the Onset of a Premature Myocardial Infarction" in DOHRENWEND, B.S. e DOHRENWEND, B.P. (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- THOITS, P.A., "Dimensions of Life Events That Influence Psychosocial Distress: An Evaluation and Synthesis of the Literature" in KAPLAN, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- THOITS, P.A., "Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?", *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 1995, pp. 53-79.
- TRUMBULL, R. e APPLEY, M.H., "A Conceptual Model for the Examination of Stress Dynamics" in APPLEY, M.H. e TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*, New York, Plenum Press, 1986.
- TURNER, R.J. e WHEATON, B., "Checklist Measurement of Stressful Life Events" in COHEN, S.; KESSLER, R.C. & UNDERWOOD GORDON, L., (eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 1997.

- TURNER, R.J., "Direct, Indirect, and Moderating Effects of Social Support on Psychological Distress and Associated Conditions" in KAPLAN, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- TURNER, R.J.; LLOYD, D.A., "Lifetime Traumas and Mental Health: The Significance of Cumulative Adversity", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36 (December), 1995, pp. 360-376.
- TURNER, R.J.; LLOYD, D.A., "Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorders in Young Adults: Racial and Ethnic Contrasts", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 61, N° 5, 2004, pp. 481-488.
- TURNER, R.J.; WHEATON, B.; LLOYD, D.A., "The Epidemiology of Social Stress", *American Sociological Review*, Vol. 60 (February), 1995, pp. 104-125.
- VAN DER KOLK, B., *The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Post Traumatic Stress*, URL: <http://www.trauma-pages.com/vanderk4.htm>, [13-08-2004].
- VAN OS, J. e JONES, P.B., "Early Risk Factors and Adult-Environment Relationships in Affective Disorder", *Psychological Medicine*, Vol. 29, N° 5, 1999, pp. 1055-1067.
- VINGERHOETS, A., *Psychosocial Stress: An Experimental Approach. Life Events, Coping, and Psychobiological Functioning*, Lisse, Swets & Zeitlinger, 1985.
- WADSWORTH, M., "Early Life" in MARMOT, M. e WILKINSON, R.G. (eds.), *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.
- WEISS, G.L. e LONNQUIST, L.E., *The Sociology of Health, Healing, and Illness (Second Edition)*, New Jersey, Prentice-Hall, 1996.
- WETHINGTON, E.; BROWN, G.W. e KESSLER, R.C., "Interview Measurement of Stressful Life Events" in COHEN, S.; KESSLER, R.C. & UNDERWOOD GORDON, L., (eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 1997.

- WHEATON, B., "Sampling the Stress Universe" in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, New York, Plenum Press, 1994.
- WIDOM, C.S., "Childhood Victimization: Early Adversity and Subsequent Psychopathology" in DOHRENWEND, B.P. (ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- WILKINS, A.J.; O'CALLAGHAN, M.J.; NAJMAN, J.M.; BOR, W.; WILLIAMS, G.M.; SHUTTLEWOOD, G., "Early Childhood Factors Influencing Health-Related Quality of Life in Adolescents at 13 years", *Journal of Paediatrics and Child Health*, Vol. 40, N° 3, 2004, pp. 102-109.
- WIXTED, J. T.; BELLACK, A. S. e HERSEN, M., "Behavior Therapy" in BELLACK, A.S. e HERSEN, M. (Eds.) *Handbook of Comparative Treatments for Adult Disorders*, New York, John Wiley & Sons, 1990.
- WORKEL, J.O.; OITZL, M.S.; FLUTTERT, M., LESSCHER, H.; KARSSSEN, A.; De KLOET, E.R., "Differential and Age-Dependent Effects of Maternal Deprivation on the Hypotalamic-Pituitary-Adrenal Axis of Brown Norway Rats from Youth to Senescence", *Journal of Neuroendocrinology*, Vol. 13, N° 7, 2001, pp. 569-580.
- YANG, B.; CLUM, G.A., "Childhood Stress Leads to Later Suicidality via its Effect on Cognitive Functioning", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 30, N° 3, 2000, pp. 183-198.
- ZIMMERMAN, M., "Methodological Issues in the Assessment of Life Events: A Review of Issues and Research", *Clinical Psychology Review*, Vol. 3, 1983, pp. 339-370.



## ANEXOS

---



## VII ANEXOS

Inquérito: Caracterização Sociodemográfica; Lista de Acontecimentos de Vida e  
PSS - *Perceived Stress Scale*

Tabelas com resultados





PSS: Consistência interna - itens

Item	Média	DP	<i>Alpha</i>
1	1,94	1,16	0,82
2	2,07	1,23	0,81
3	2,74	1,07	0,82
4	2,20	1,09	0,82
5	2,16	1,12	0,82
6	2,09	1,08	0,81
7	3,06	0,94	0,84
8	1,84	1,22	0,81
9	1,34	0,96	0,83
10	1,76	0,99	0,82
11	1,89	0,92	0,83
12	2,09	0,92	0,82
13	1,55	0,98	0,84
14	1,37	1,05	0,86

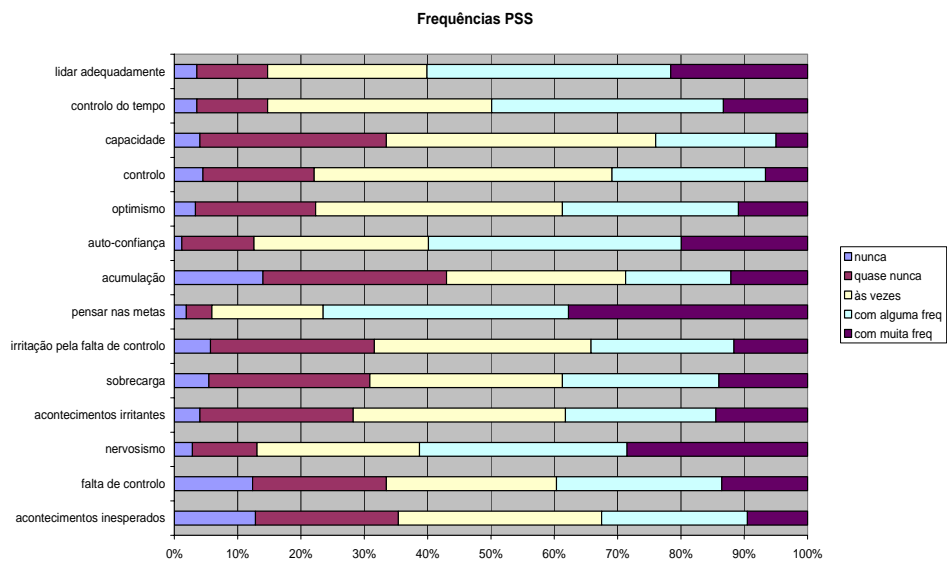
PSS: Estatística descritiva e Consistência interna – valor global

Média	DP	<i>Alpha</i>
28,10	8,36	0,8362

**PSS: Estatística descritiva – Frequências dos itens por níveis de resposta**

Itens	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Com alguma frequência	Com muita frequência
Acontec. inesperados	54	95	135	97	40
Falta de controlo	52	89	113	110	57
Nervosismo	12	43	108	138	120
Acontec. irritantes	17	102	141	100	61
Sobrecarga	23	107	128	104	59
Irri. falta de controlo	24	109	144	95	49
Pensar nas metas	8	17	74	163	159
Acumulação	59	122	119	70	51
Autoconfiança	5	48	116	168	84
Optimismo	14	80	164	117	46
Controlo	19	74	198	102	28
Capacidade	17	124	179	80	21
Controlo do tempo	15	47	149	154	56
Lidar adequadam.	15	47	106	162	91

## PSS: Frequências dos itens por níveis de resposta



### Relação Acontecimentos de Vida e Percepção de Stresse

Coeficiente de correlação (R)	F	P
0,12	5,86	0,02

Prova da análise da variância

ANOVA PSS/AV	Nº Casos	F	P
Emigpai	30	0,01	0,95
Divórciopais	7	0,01	0,92
Inícioact	82	0,01	0,90
Separaçãopais	14	0,01	0,93
Perder-se	115	0,02	0,89
Acidentepessoal	47	0,04	0,85
Mudançaresidência	125	0,11	0,74
Assaltocasa	11	0,14	0,71
Hospitpai	17	0,18	0,67
Mudançaaamigos	56	0,22	0,64
Hospitalização	55	0,26	0,61
Nascimentoirmão	132	0,28	0,60
Mudtrabpai	50	0,31	0,58
Novocaspais	6	0,37	0,54
Melhoriafinan	20	0,40	0,53
Cheia	11	0,44	0,51
Desppai	4	0,47	0,49
Morteamigo	9	0,47	0,49
Mudcondições	26	0,51	0,48
Despmãe	2	0,61	0,44
Mortepar	104	0,65	0,42
Hospitmãe	42	0,67	0,41
Tremorterra	20	0,68	0,41
Reconciliaçãopais	6	0,70	0,79
Doença	108	0,75	0,39
Mortemãe	2	0,75	0,39
Gravidezmãe	113	0,85	0,36
Conflitoseduc	24	0,89	0,35

Morteperdaanimal	120	0,94	0,33
Doençaamigo	12	1,12	0,29
Separaçãoamigo	23	1,26	0,26
Imobilizaçãoofísica	4	1,69	0,20
Guerra	7	1,91	0,17
Mortepai	6	1,96	0,16
Mudançalocalidade	68	2,23	0,14
Punição	53	2,44	0,12
Emigmãe	7	2,90	0,09
Doençafam	44	3,06	0,08
Conflitoscol	46	3,47	0,06
Ameaçaviolência	15	3,52	0,06
Morteirm	4	3,63	0,06
Incêndiocasa	7	4,11	0,04
Mudtrabmãe	28	4,39	0,04
Mudançapaís	22	5,10	0,02
Mudjiama	49	6,96	0,01
Dificulfinan	28	7,24	0,01
Jiama	247	8,59	0
Saídairmão	15	12,17	0
Prisãomãe			
Prisãopai			



## Regressão Linear

RegressãoPSSAV	R	P
Emigpai	0,00	0,95
Separaçãopais	0,00	0,93
Divórciopais	0,01	0,92
Inícioact	0,01	0,90
Perder-se	0,01	0,89
Acidentepessoal	0,01	0,85
Reconciliaçãopais	0,01	0,79
Mudançaresidência	0,02	0,74
Assaltocasa	0,02	0,71
Hospitpai	0,02	0,67
Mudançaamigos	0,02	0,64
Hospitalização	0,03	0,61
Nascimentoirmão	0,03	0,60
Mudtrabpai	0,03	0,58
Novocaspais	0,03	0,54
Melhoriafinan	0,03	0,53
Cheia	0,03	0,51
Desppai	0,03	0,49
Morteamigo	0,03	0,49
Mudcondições	0,04	0,48
Despmãe	0,04	0,44
Mortepar	0,04	0,42
Hospitmãe	0,04	0,41
Tremorterra	0,04	0,41
Doença	0,04	0,39
Mortemãe	0,04	0,39
GravidezMãe	0,05	0,36
Conflitoseduc	0,05	0,35
Morteperdaanimal	0,05	0,33
Doençaamigo	0,05	0,29
Separaçãoamigo	0,06	0,26
Imobilizaçãofísica	0,06	0,20
Guerra	0,07	0,17
Mortepai	0,07	0,16
Mudançalocalidade	0,07	0,14
Punição	0,08	0,12
Emigmãe	0,08	0,09
Doençafam	0,09	0,08
Conflitoscol	0,09	0,06
Ameaçaviolência	0,09	0,06
Morteirm	0,09	0,06
Incêndiocasa	0,10	0,04

Mudtrabmãe	0,10	0,04
Mudançapaís	0,11	0,02
Mudjiama	0,13	0,01
Dificulfinan	0,13	0,01
Jiama	0,14	0,00
Saídairmão	0,17	0,00
Prisãomãe		
Prisãopai		